Rok XLVIII. Kraków, dnia 10. lipca 1909. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie miesienia brzucha przy chorobach serca.

Podał

Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

Grupa III. Wady złożone (zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej).

12. Zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawek tętnicy głównej. Kamienie żółciowe. M. M., l. 32, izraelita. Przed 7 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem zaczął doświadczać duszności i bicia serca przy szybszych ruchach i wysiłkach, zwłaszcza zaś przy wchodzeniu na górę. Ostatnimi czasy dołączyły się bole i kłucie w okolicy serca. Od czasu do czasu trochę brzękną mu nogi. Przed 4 miesiącami doświadczał napadów kolki wątrobnej z żółtaczką. Niewielkie bole bywają i teraz, lecz już bez wymiotów. Zaparcie stolca. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Wstąpił do kliniki 20/X. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade z niewielkim odcieniem żółtaczkowym. Podściółka tłuszczowa dostateczna. Niewielkie obrzęki stóp i dolnej części goleni. Odruchy ścięgniste wzmożone. W płucach zboczeń od stanu prawidłowego nie stwierdzono. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna w 3. międzyżebrzu, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu na palec na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Nad końcem serca słaby szmer przedskurczowy, wzmocnienie pierwszego tonu i rozdwojenie drugiego z niewielkim dmącym szmerem rozkurczowym. Rozkurczowy szmer słychać nad całą okolicą serca, lecz najwybitniej na mostku w pobliżu 3. międzyżebrza. Tętno 60 w 1', regularne, pełne. Wątroba macalna na $1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, średnio zbita, bolesna. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 1300 ctm sz.; c. g. 1016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; niewielka ilość barwika żółciowego; w osadzie niema nic chorobowego.

Podano: Sztuczną sól karlsbadzką — herbacianą łyżeczkę z rana naczczo i napar kozłkowy (10·0: 150·0) z nalewką konwaliową (6·0) — 3 łyżki dziennie. Od 21/X. do 25/X. żółtaczka prawie zupełnie ustąpiła. 28/I. żółtaczki ani śladu. Objawy w sercu bez zmiany. Napady kolki w okolicy serca codziennie. Leków zaniechano, a zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 8 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 12). Granica stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu było wolniejsze jeden raz, pozostało bez zmiany 7 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 2 razy, spadło 2 razy, pozostało bez zmiany 4 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, naogół nie spostrzega się różnicy. Samopoczucie począwszy od 2. dnia miesienia wyraźnie się polepsza. Napadów kolki w okolicy serca bardzo mało.

Tablica Nr. 12.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/X	1300	18	56	180	18	56	180	
30	2000	18	54	170	18	54	165	
31	2400	24	72	160	24	72	160	
1/XI	2300	24	66	150	24	66	140	
2	2500	18	60	150	18	60	150	
3	1900	20	68	130	20	68	150	
4	1950	20	64	130	20	56	135	Rozwolnienie
5	2000	20	60	150	20	60	150	

13. Zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawek tętnicy głównej w okresie niewyrównania. S. W., l. 21, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem zjawiła się duszność i bicie serca, gdy tylko chory szybciej się przejdzie. Przed 10 dniami powstał obrzęk całego ciała; duszność i bicie serca wzmogły się; do tego przyłączył się silny kaszel i gorączka. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Wstąpił do kliniki 24/XII. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Na skórze i widzialnych błonach śluzowych bardzo znaczna sinica. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęk całego tułowia i kończyn. Przy opukiwaniu płuc zboczeń się nie zauważa; przy osłuchiwaniu wszędzie wielka ilość drobno- i średniobańkowych rzężeń, oddech bardzo osłabiony. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 3. żebrze, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu, bardzo wyraźne. Nad końcem serca słaby szmer przedskurczowy, klapiący pierwszy ton i szmer rozkurczowy; w kierunku ku podstawie serca szmery wzmagają się i na mostku na poziomie 3. międzyżebrza wyraźnie już słychać 2 szmery; skurczowy i rozkurczowy. Tętno 108 w 1', małe. W jamie brzusznej wolny płyn, sięgający do pępka. Wątroba macalna poniżej łuku żebrowego na 3 palce. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 900 ctm sz.; c. g. 1·024, odczyn kwaśny; białka 0·25‰; w osadzie nic nieprawidłowego.

Podano: napar naparstnicy (0·4: 200·0) z kofeiną (0·3) i rozczynem octanu potasu (15·0) — 3 łyżki dziennie. Od 25/XII. do 2/I. 1908 r. obrzęki ustępują powoli, duszność bardzo męczy chorego. Od 3/I. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 13). Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 3 razy, wolniejsze 1 raz, pozostało bez zmiany 1. raz. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 3 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Na krzywych tętna po miesieniu daje się zauważyć niewielkie zmniejszenie się napięcia naczyń. Po każdem miesieniu chory

czuje się lepiej. Obrzęki ustępują prędzej. Dobowa ilość moczu nieco wzrosła.

Tablica Nr. 13.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
3/I	2000	24	58	155	24	64	155	
4	2500	30	54	145	30	60	150	
5	1800	30	64	150	30	60	150	
6	1800	32	60	150	32	64	155	
7	9000	30	76	145	30	76	150	Rozwolnienie

14. Zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawek tętnicy głównej. T. A., l. 21, prawosławny. Przed 2 laty przebył ostry gościec stawowy, po 8 miesiącach dostał nawrotu i od tego czasu stale uskarża się na duszność i bicie serca po wysiłkach fizycznych, lub szybszych ruchach. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 3/XII. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Skóra na twarzy i widzialne błony śluzowe nieco sinawe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęku niema. Granice płuc prawidłowe, ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, wdech pęcherzykowy, miejscami suche rzężenia. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 3. żebrze, lewa na przedniej linii pachowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu, rozlane, na przedniej linii pachowej. Nad wierzchołkiem szmer przedskurczowy, niewielkie wzmocnienie pierwszego tonu i rozdwojenie drugiego; nad mostkiem na poziomie 4. międzyżebrza szmer rozkurczowy, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętno 60 w 1′, pełne, chybkie. Wątroba macalna na palec poniżej łuku żebrowego. Śledziona niemacalna. Dobowa ilość moczu 1600 ctm sz.; c. g. 1·016; odczyn kwaśny; ślady białka; cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 3/XII. do 7/XII. żadna zmiana w stanie chorego nie zaszła. 8. XII. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 14): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech

Tablica Nr. 14.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
8/XII	1400	18	56	200	18	56	210	
9	1500	18	56	190	18	56	200	
10	1800	18	50	215	18	54	205	
11	1500	18	68	165	18	60	170	
12	1600	18	64	175	18	60	175	
16	1600	18	76	150	18	80	150	

bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 2 razy, wolniejsze 2 razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 3 razy, spadło 1 raz; pozostało bez zmiany 2 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, nie spostrzega się żadnej różnicy. Chory czuje się przez cały czas miesienia dobrze. 17/XII. objawy w sercu i nerkach bez zmiany.

15) Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej. B. W., l. 24, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, od tego czasu uskarża się na bole w okolicy serca, bicie serca i duszność, zwłaszcza przy szybszych ruchach. Ból w okolicy serca rozpromienia się zwykle na lewe ramię i występuje ostatnimi czasy bez żadnego powodu, nawet w nocy; pojawia się zaś stale po wysiłkach i wzruszeniach. Wyskoku chory nie nadużywał, kiły miał nie przebywać, Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 28 X. 1906 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa niewielka. Obrzęku niema. Układ nerwowy bez zboczeń od stanu prawidłowego. Dolny brzeg płuc obniżony o 1 żebro; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy z niewielką ilością rozległych suchych rzężeń w obydwu dolnych płatach. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 3. żebrze, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, na palec na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Nad końcem serca silny szmer skurczowy; nad mostkiem szmer skurczowy i rozkurczowy; nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony; nad tętnicą główną dość słaby szmer skurczowy i dość silny rozkurczowy. Tętno 112 w 1′, dwubitne, chybkie. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1800 ctm sz.; c. g. 1·014; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Podano: bromek sodu (8·0), bromek potasu (4·0) z nalewką etero-kozłkową (15·0) w rozczynie wody (180·0) — 3 łyżki dziennie. Od 23/X. do 23/XI. objawy w sercu bez zmiany; napady bicia serca codziennie. Od 24. XI. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 15): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu stawał się częstszy 2 razy, pozostał bez zmiany 8 razy. Tętno po miesieniu pozostawało bez zmiany. Ciśnienie krwi było większe 3 razy, mniejsze 4 razy i bez zmiany 3 razy. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, na ogół różnicy zauważyć nie można. Chory czuje się po miesieniu lepiej. W ciągu 10-dniowego okresu miesienia napady bicia serca zdarzyły się tylko 2 razy (25/XI. i 2/XII).

Tablica Nr. 15.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
24/XI	2000	20	104	145	20	104	140	
25	1800	20	104	145	20	104	130	W nocy bicie serca 15 minut
26	1800	20	104	140	20	104	135	
27	1800	20	104	140	20	104	140	
28	1800	20	104	140	20	104	140	
29	1800	20	104	140	20	104	135	
30	1800	24	104	145	24	104	145	
2/XII	1800	22	104	150	24	104	160	
3	1800	20	104	130	20	104	140	
4	1800	20	104	140	24	104	145	

16) Zwężenie lewego ujścia żylnego, niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej w okresie niewyrównania. O. N., l. 19, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy i suche lewostronne zapalenie opłucnej. Od tego czasu uskarża się na wielką duszność i bicie serca, stale wzmagające się po znaczniejszych ruchach, lub po wysiłku. Ostatnimi czasy przyłączyły się obrzęki nóg, ogólne osłabienie i silny kaszel, niepokojący chorego, zwłaszcza w nocy. Chory niedokrwisty od dzieciństwa, Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Przyjęty do kliniki 13/XI. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy słabo rozwinięty. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinicze. Podściółka tłuszczowa niewielka; nieznaczny obrzęk stóp. Odruchy ścięgniste znacznie wzmożone. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy z porozrzucanemi wszędzie, zwłaszcza w dolnych płatach z tyłu, suchemi i wilgotnemi drobno- i średniobańkowemi rzężeniami. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na $1^1/_2$ palca na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu na $1^1/_2$ palca na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Przedskurczowy i skurczowy koci mruk. Nad koniuszkiem słaby szmer przedskurczowy, wzmocnienie pierwszego tonu i szmer rozkurczowy; w 5. międzyżebrzu, na palec na wewnątrz od linii sutkowej, rytm cwałowy; w temsamem międzyżebrzu, tuż koło mostka, ciągły szmer, niby kamienia młyńskiego; nad tętnicą płucną obydwa tony ze szmerem, przytem drugi ton wzmocniony; nad tętnicą główną głuchy pierwszy ton i szmer rozkurczowy. Tętno 100 w 1′, małe, miękkie, dwubitne. Wątroba macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego, średniej zbitości. Śledziona występuje na palec z pod łuku żebrowego, średniej zbitości. Dobowa ilość moczu 430 ctm. sz.; c. g.

1·025; odczyn kwaśny; mocz mętnawy; ślady białka; cukru niema; w osadzie dużo soli moczowych, nadto nic chorobowego.

Podano: kodeinę (0·015) — 3 razy dnia. Od 13/XI. do 16/XI. bez zmiany. Od 17/XI. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 16); od 19/XI. wskutek powstania zapalenia skóry na brzuchu miesienie przerwano do 25/XI. Z powodu zwiększania się obrzęków i ogólnego osłabienia podano wtedy napar gorzykwiatu (8·0: 180·0) z kofeiną (0·3) i octanem potasu (4·0) — 6 łyżek dziennie. Ponieważ upadek sił i niewyrównanie serca stale wzrastały, 27/XI. miesienia brzucha zaniechano. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu stało się częstszem 1 raz, wolniejszem 3 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Ciśnienie krwi zwiększyło się po miesieniu pięć razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, spostrzega się po miesieniu powstanie wahań wtórnych, co przemawia za zwiększeniem się napięcia naczyń.

Tablica Nr. 16.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
17/XI	500	20	120	140	20	110	150	
18	400	20	94	145	20	94	150	
24	400	20	90	135	20	90	150	
25	350	20	104	140	20	104	140	
26	510	20	92	125	20	98	135	
27	380	18	96	145	18	92	150	

Z zestawienia spostrzeżeń tej grupy widać, że w przypadku 12., 13. i 15. chorzy po miesieniu czuli się znacznie lepiej. W przypadku 15. napady dusznicy bolesnej stały się znacznie rzadsze. W przypadku 14. chory czuł się po miesieniu taksamo, a w 16. gorzej, prawdopodobnie z powodu wciąż wzmagającego się osłabienia serca. Co się tyczy przypadków z niewyrównaniem serca (13 i 16), to w przypadku 13. wyrównanie zaczęło szybciej powracać pod wpływem miesienia, w 16. zaś niewyrównanie wciąż wzrastało. Ilość moczu po miesieniu w przypadku 12. i 13. nieco większa. Oddech po miesieniu stał się częstszym 2 razy, pozostał bez zmiany 33 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 6 razy, wolniejsze 7 razy, bez zmiany 22 razy. Ciśnienie po miesieniu podniosło się 16 razy, spadło 7 razy, pozostało bez zmiany 12 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu naogół pozostały bez zmiany. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, spostrzega się w niektórych przypadkach po miesieniu skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń, atoli w większości przypadków różnicy niema, a w przypadku 16. daje się spostrzedz nawet pewna skłonność do zwiększenia się napięcia.

Grupa IV. Choroby mięśnia sercowego.

17. Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego. Zrost serca z osierdziem. Ch. A., l. 22, prawosławny. Przed 3 laty spadł z dachu dwupiętrowego domu na lewy bok. Po tym wypadku przeleżał w szpitalu 10 miesięcy; od tego czasu zaczął doświadczać duszności i bicia serca, po najmniejszym już wysiłku fizycznym. Ostatnimi czasy przyłączyły się kłucia w okolicy serca. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 4/X. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa niewielka, obrzęków niema. Układ nerwowy bez zboczeń. W płucach niema zboczeń. Prawa granica stłumienia na linii środkowej, górna w 4. międzyżebrzu, lewa na linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu na linii sutkowej, rozlane; przytem daje się zauważyć skurczowe wciąganie, zwiększające się po ruchach. Granice stłumienia serca przy zmianie położenia chorego nie zmieniają się. Tony czyste; od czasu do czasu słychać nad koniuszkiem szmer skurczowy i rytm cwałowy. Tętno 76 w 1′, gdy chory przebiegnie 120 kroków — 140 w 1′, regularne, trochę napięte. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1500 ctm sz.; c. g. 1·020; odczyn kwaśny; białka niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 4/X. do 28/X. stan chorego bez zmiany. Od 29/X. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 8 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 17): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 7 razy. Tętno po miesieniu stało się wolniejszem 6 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było niższe 3 razy, bez zmiany 5 razy. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, nie spostrzega się szczególnej różnicy. Chory czuje się po miesieniu znacznie lepiej. Na kłucie w okolicy serca chory się nie uskarża.

Tablica Nr. 17.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/X	1300	26	60	180	26	56	175	
30	1200	28	66	180	28	60	170	
31	1600	30	72	165	28	72	165	
1/XI	1300	30	70	180	30	62	175	
2	1100	30	66	170	30	60	170	
3	1200	30	66	170	30	60	170	
4	1500	30	60	170	30	56	170	
5	1500	28	60	180	28	60	180	

18) Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego. Względne zwężenie lewego ujścia żylnego. B. F., l. 22, prawosławny. Przed 3 laty po długiem i szybkiem bieganiu doświadczał przez kilka tygodni silnej duszności, która nie pozwalała mu pracować. W ciągu ostatniego pół roku duszność znowu zjawiała się po ciężkiej pracy; obecnie zaś zjawiła się po dłuższym marszu. Chorób zakaźnych i kiły miał chory nie przebywać. Wyskoku nie nadużywał. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 22/XI. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra na twarzy i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinicze. Podściółka tłuszczowa dobra. Obrzęku niema. Układ nerwowy bez zboczeń. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu, na linii sutkowej, rozlane. Nad koniuszkiem słaby szmer przedskurczowy, rozdwojenie drugiego tonu i słaby szmer rozkurczowy. Nad tętnicą płucną z głuchym pierwszym tonem łączy się szmer skurczowy, drugi ton nieco wzmocniony. Nad tętnicą główną niema ani szmerów, ani wzmocnienia tonów. Tętno 60 w 1′, pełne, miękkie. Wątroba i śldziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1000 ctm sz., c. g. 1·020; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 24/XI. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 7 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 18): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany, lecz od 25/XI. wymiary serca zaczęły stopniowo zmniejszać się, tak że już 30/XI. granice stłumienia serca w granicach prawidłowych; tony czyste, nieco głuche. Oddech po miesieniu stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 6 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze, przyczem największe zmniejszenie się ilości uderzeń dochodziło do 8 w 1′. Ciśnienie krwi było wyższe 3 razy, niższe 4 razy. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, różnicy dostrzedz nie można. Chory czuje się po każdem miesieniu coraz lepiej.

Zestawiając spostrzeżenia tej grupy widzimy, że chorzy w obu przypadkach po miesieniu czuli się lepiej, je-

Tablica Nr. 18.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
24/XI	1100	20	60	150	20	56	140	
25	1200	20	60	145	20	52	150	
26	1700	20	60	170	20	54	155	
27	900	20	58	140	20	56	150	
28	1000	20	70	160	20	64	145	Rozwolnienie
29	1500	22	66	170	20	64	145	
30	1500	20	64	150	20	60	160	

dnakże w przypadku 18. owo polepszenie zależało najprawdopodobniej od spokoju. W przypadku 18. daje się spostrzedz niewielki wzrost dobowej ilości moczu. Oddech po miesieniu był wolniejszy 2 razy, pozostał bez zmiany 13 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze 13 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 7 razy, pozostało bez zmiany 8 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy nie spostrzeżono.

Grupa V. Choroby układu nerwowego serca.

19. Nerwica serca. Przewlekłe zapalenie oskrzeli. E. A., l. 22, prawosławny. Przed pół rokiem przeziębił się i od tego czasu ciągle kaszle, prócz tego uskarża się na kłucie w prawym boku i duszność, zwłaszcza po szybkich ruchach lub wysilku. Przed 3 laty przebył dur brzuszny. Pali dużo. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 19/XI. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte dobrze. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęku niema. Odruchy kolanowe obniżone. Zboczeń czuciowych niema. Granice płuc prawidłowe, ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy z rozlanemi suchemi rzężeniami i niewielką ilością wilgotnych drobno- i średniobańkowych rzężeń w obu dolnych płatach. Prawa granica stłumienia serca sięga do linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na $1^1/_2$ palca na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste. Tętno 72 w 1′, miernie pełne, przepuszczające. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1400 ctm sz., c. g. 1·014; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 19/XI. do 7/XII. prawa granica stłumienia serca przesunęła się do lewej linii mostkowej. Tętno przepuszczające, jak dawniej. Od 8/XII. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 19): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech był wolniejszy 1 raz, bez zmiany 4 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze 2 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 1 raz, niższe 2 razy, bez zmiany 2 razy. Chory czuł się po każdem miesieniu lepiej. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy zauważyć nie można.

Tablica Nr. 19.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
8/XII	1500	20	60	155	20	56	145	
9	2100	20	60	145	20	60	145	
10	1600	22	60	150	20	60	145	
11	2000	20	66	145	20	64	145	
12	1800	20	60	145	20	60	155	

20. Choroba Basedowa. T. R., l. 25, izraelitka. Przed pół rokiem prawie zauważyła zgrubienie szyi, wysadzenie oczu, od czasu do czasu bicie serca i duszność. Wogóle jest więcej zdenerwowana już od 2 lat, od śmierci matki. Nerwowość dziedziczna. Wyskoku nie nadużywała. Kiły miała nie przebywać. Przyjęta do kliniki 7/III. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe różowe ze słabym odcieniem siniczym. Podściółka tłuszczowa dobra. Obrzęku niema. Gruczoł tarczowy powiększony (więcej płat prawy). Wysadzenie oczu. Źrenice jednakowe. Objaw Graefego i Möbiusa. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna u górnego brzegu 4. żebra, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu, rozlane, na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy z tonem. Ani nad tętnicą płucną, ani nad tętnicą główną wzmocnienia tonów niema. Tętno 104 w 1′, pełne, regularne. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1200 ctm sz.; c. g. 1·016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego.

Podano surowicę przeciwtarczową po 5—25 kropel 3 razy dnia. Od 7/III. do 16/IV. — bez zmiany. Od 17/IV. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 20): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 1 raz, pozostał bez zmiany 4 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze, największe zmniejszenie się ilości uderzeń tętna dochodziło do 8 w 1′. Ciśnienie krwi po miesieniu było niższe 4 razy, bez zmiany 1 raz. Chora czuła się po każdem miesieniu lepiej. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy dostrzedz nie można.

Tablica Nr. 20.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
17/IV	920	28	112	160	28	110	155	
18	1100	32	136	160	34	128	150	
19	1150	30	124	145	30	120	145	
20	1080	28	132	150	28	128	145	
21	1200	30	126	150	30	124	140	

21. Choroba Basedowa. D. L., l. 35, izraelitka. Przed pół rokiem po poronieniu zaczęła uskarżać się na bicie serca i chudnięcie, zjawiło się wysadzenie oczu i zgrubienie szyi; brak łaknienia. Od 10 lat blizko doświadcza chora od czasu do czasu bicia serca. Wyskoku nie nadużywała. Kiły miała nie przebywać. 8 porodów. Dziedzicznie nie obciążona. Przyjęta do kliniki 13/II. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowe. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa niewielka. Ledwie dostrzegalne obrzęki koło kostek. Gruczoł tarczowy powiększony (więcej płat prawy). Wysadzenie oczu. Źrenice jednakowe. Objaw Graefego, Möbiusa i Stellwaga. Drżenie rąk i nóg; pewien niepokój. Odruchy skórne i ścięgniste znacznie wzmożone. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na prawej l. mostkowej, górna na 3. żebrze, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej, wyraźne. Nad koniuszkiem słaby szmer poskurczowy. Drugi ton nad tętnicą płucną i nad tętnicą główną nieznacznie wzmocniony. Tętno 120 w 1′, małe, niemiarowe. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1100 ctm sz.; c. g. 1018; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego.

Podano surowicę przeciwtarczową po 10 kropel 3 razy dnia. Od 13/II. do 16/V. gruczoł tarczowy i wysadzenie oczu nieco się zmniejszyły. Bicie serca, jak poprzednio. Od 17/IV. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 4 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 21): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 1 raz, pozostał bez zmiany 3 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze, przytem największe zmniejszenie się ilości uderzeń tętna dochodziło do 16 w 1′. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 2 razy, pozostało bez zmiany

Tablica Nr. 21.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
17/IV	1000	28	124	150	28	110	160	
18	1270	30	120	150	30	104	150	
19	1500	28	112	150	28	104	155	
20	940	26	116	150	28	104	150	

2 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy dostrzedz nie można. Chora po 4 dniach miesienia czuje się znacznie lepiej. Napady bicia serca rzadsze.

22. Choroba Basedowa. S. A., l. 23, prawosławna. Od roku spostrzegła powiększenie gruczołu tarczowego i zjawiające się od czasu do czasu po silnych ruchach lub wzruszeniach bicie serca, które ostatnimi czasy trwa prawie bez przerwy. Od niedawna do tego przyłączyło się wysadzenie oczu i drżenie kończyn. Poci się łatwo i obficie. Wyskoku nie nadużywała, kiły miała nie przebywać. Przyjęta do kliniki 19/III. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte niedostatecznie. Skóra i widzialne błony śluzowe blado-różowe z niewielkim odcieniem siniczym. Podściółka tłuszczowa niewielka. Obrzęku niema. Gruczoł tarczowy powiększony (więcej płat prawy), tętni, przyczem daje się wyczuć koci mruk. Odruchy ścięgniste wzmożone. Drżenie wyciągniętych kończyn górnych. Wysadzenie oczu. Objaw Graefego wyraźny, Möbiusa i Stellwaga niezbyt wyraźne. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na dwa palce na zewnątrz od linii sutkowej. — Uderzenie koniuszkowe w szóstem międzyżebrzu, na dwa palce na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Nad koniuszkiem pierwszy ton ze szmerem. Ani nad tętnicą płucną, ani nad tętnicą główną niema ani wzmocnienia tonów, ani szmerów. Tętno 120 w 1', miarowe. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1100 ctm. sz.; c. g. 1.016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego. Podano: Rodagen (1.0—3.0) 3 razy dnia. Od 19/III do 28/IV bez zmiany. Od 29/IV zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące: (p. tabl. Nr 22). Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 4 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 1 raz, wolniejsze 4 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 1 raz, spadło 2 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy niema. Chora czuje się po miesieniu taksamo, jak przedtem.

Tablica Nr. 22.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/IV	1200	28	128	175	28	120	175	
30	1100	28	128	175	28	124	165	
1/V	1100	30	128	185	26	122	165	
2	1250	30	136	160	30	140	175	
3	1100	28	128	175	28	124	175	

Zestawiając spostrzeżenia tej grupy, widzimy, że chorzy czuli się lepiej w przypadku 19,20 i 21, a taksamo czuła się chora w przypadku 22-gim. Ilość moczu nieco się zwiększyła w przypadku 19-ym, w reszcie przypadków pozostała bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 2 razy, wolniejszy 2 razy; bez zmiany 15 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 1 raz, wolniejsze 15 razy, bez zmiany 3 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 4 razy, spadło 8 razy, pozostało bez zmiany 7 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu były bez zmiany. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy niema.

W następującej tablicy zestawiłem wyniki wszystkich spostrzeżeń nad wpływem miesienia.

Grupy	Samopoczucie			Dobowa ilość moczu		Oddech			Tętno			Ciśnienie		
	Lepsze	Gorsze	Bez zmiany	Większa	Bez zmiany	Częstszy	Wolniejszy	Bez zmiany	Częstsze	Wolniejsze	Bez zmiany	Większe	Mniejsze	Bez zmiany
I	3	—	4	2	5	4	3	51	18	14	26	20	11	27
II	2	—	2	1	3	1	—	25	4	11	11	11	8	7
III	3	1	1	2	3	2	—	33	6	7	22	10	8	12
IV	2	—	—	1	1	—	2	13	—	13	2	—	7	8
V	3	—	1	1	3	2	2	15	1	15	3	4	8	7
Razem	13	1	8	7	15	9	7	137	29	60	64	51	41	61

Z tej tablicy, jak również z przytoczonych wyżej historyi chorób, widzimy, że gorzej czuł się po miesieniu tylko jeden chory i to widocznie niezależnie od miesienia. W 13 zaś przypadkach czuli się chorzy znacznie lepiej, a w 8 pozostało taksamo, jak przedtem. Ilość moczu po miesieniu zwiększyła się w 7 przypadkach, atoli zwiększenie się to było naogół nieznaczne, nie przekraczające 1000 ctm. sz. na dobę. W przypadkach z niewyrównaniem i przesiękami widoczna była skłonność do zmniejszania się ich pod wpływem miesienia. Na częstość oddechu miesienie brzucha osobliwego wpływu nie ma. Spostrzegane wahania w jedną lub drugą stronę nie przekraczają 6 oddechów w 1'. Częstość tętna: przy wadach zastawek (przyspieszenie 28, zwolnienie 32, bez zmiany 59) daje się zauważyć niewielka skłonność do zwolnienia; skłonność ta występuje już wyraźnie w przypadkach schorzeń mięśnia sercowego (zwolnienie 13, bez zmiany 2), jak również przy schorzeniach układu nerwowego serca (przyśpieszenie 1, zwolnienie 15, bez zmiany 3); przytem wahania w jedną lub drugą stronę bywały zwykle nieznaczne (około 4—6 uderzeń w 1'), tylko w jednym przypadku różnica była 18 uderzeń w 1'. Ciśnienie po miesieniu brzucha przy wadach zastawek (podniesienie się 47, spadek 26, bez zmiany 46) ma skłonność do podnoszenia się, a przy schorzeniach mięśnia sercowego (niższe 7, bez zmiany 8) i schorzeniach układu nerwowego serca (wyższe 4, niższe 8, bez zmiany 7) — do spadku; wahania w jedną lub drugą stronę bywały zwykle niewielkie, 5—10 mm. Hg, dochodząc tylko w niektórych przypadkach do 25 mm. Hg. Różnicy w granicach stłumienia serca po miesieniu brzucha w porównaniu do granic bezpośrednio przed miesieniem, jak można było przypuszczać już z góry, nie było ani razu. Co się tyczy napięcia naczyń, to było ono większe w 1 przypadku, mniejsze w 6 przypadkach, pozostając wszelako w większości (15) bez zmiany.

Porównując otrzymane przez nas dane z danemi Neumanna i Fricka, widzimy, że co do tętna, są one naogół zgodne, aczkolwiek nie tak wyraźnie zaznaczone. Co zaś się tyczy ciśnienia, to Neumann i Frick nie zauważyli żadnych zmian, my stwierdziliśmy w pierwszych 3 grupach skłonność do podniesienia się, w ostatnich zaś 2 do spadku, chociaż jednak niejednokrotnie ciśnienie pozostawało bez zmiany.

Zestawiwszy przypadki według grup chorób serca, sądzę, że nie będzie zbytecznem zestawić także w osobnej

tablicy wpływ miesienia brzucha na chorych z niewyrównaniem, względnie z wyrównaniem serca.

Grupy	Samopoczucie			Dobowa ilość moczu		Oddech			Tętno			Ciśnienie		
	Lepsze	Gorsze	Bez zmiany	Większa	Bez zmiany	Częstszy	Wolniejszy	Bez zmiany	Częstsze	Wolniejsze	Bez zmiany	Większe	Mniejsze	Bez zmiany
Z niewyrównaniem serca (5 przypadków)	4	1	—	3	2	2	—	40	11	14	17	26	4	12
Z wyrównaniem serca (17 przypadków)	9	—	8	4	13	7	7	97	18	46	47	25	37	49

Z tej tablicy widzimy, że w przypadkach z niewyrównaniem, zarówno jak i w przypadkach z wyrównaniem serca, chorzy po miesieniu brzucha w większości przypadków czuli się lepiej. Dobowa ilość moczu w przypadkach z niewyrównaniem serca była większa 3 razy, pozostała bez zmiany 2 razy. Oddech w większości przypadków bądź z wyrównaniem, bądź z niewyrównaniem serca, pozostawał bez zmiany. Tętno przy wyrównaniu i przy niewyrównaniu serca po miesieniu brzucha częściej stawało się wolniejszem. Ciśnienie krwi po miesieniu brzucha w przypadkach z niewyrównaniem serca miało skłonność do podnoszenia się (większe 26, mniejsze 4), w przypadkach zaś z wyrównaniem serca — odwrotnie, do obniżania się (większe 25, mniejsze 37). A więc wpływ miesienia brzucha na krążenie przy niewyrównaniu serca w porównaniu z przypadkami z wyrównaniem różnił się nieco co do ciśnienia krwi: gdy przy wyrównaniu ciśnienie krwi po miesieniu brzucha miało skłonność do obniżania się, przy niewyrównaniu miało skłonność do podnoszenia się.

Na podstawie wszystkiego, co wyżej przytoczyłem, dochodzę do wniosków następujących:

1. Miesienie brzucha jest dozwolone przy wszystkich chorobach serca.

2. Stwardnienie naczyń nie jest przeciwwskazaniem do miesienia brzucha.

3. Miesienie brzucha naogół wpływa dodatnio na samopoczucie chorych, zmniejszając dość często różne nieprzyjemne dolegliwości podmiotowe, jako to: duszność, bicie serca, ból w okolicy serca i tym podobne.

4. W przypadkach z niewyrównaniem serca miesienie brzucha widocznie również nieźle wpływa.

5. Napięcie naczyń pod wpływem miesienia brzucha ma więcej skłonności do zmniejszania się, niż do zwiększania się, innemi słowy, wpływ miesienia brzucha na napięcie naczyń jest podobny do wpływu kąpieli z kwasem węglowym.

Piśmiennictwo: 1) Reed. Important indications and contraindications for massage of the abdomen. International med. Magazine, 1898, Januar. Ref. we Wraczu, 1898, Nr 9. — 2) Stange. Protokoły zasiedanij S.-Petersb. Medic. Obszczestwa. Wracz, 1889, Nr 9. — 3) Władisławlew, Tamże. — 4) Chlumsky. Miesienie i jego zastosowanie. Kraków, 1908 — 5). Zabłudowski. Leczenie chroniczeskich bolezniej sierdca masażem. Ref. we Wraczu 1896, Nr 14. — 6) Ekgren. Untersuchungen und Beobachtungen der abdominalen Massage auf Blutdruck, Herztätigkeit und Puls, sowie auf die Peristaltik. Zeitschrift für diät. und physik. Therapie, 1902. S. 191. — 7) Połubiński. Przytaczam według Kijanowskiego: Matierjały k uczeniju o massażie żiwota. Diss. S.-Petersb. 1889. — 8) Huchard. Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte. Paris, 1899. T. I. — 9) Rubens-Hirschberg. Według Kijanowskiego l. c. — 10) Kijanowski l. c. — 11) Cautru. La lancette française. 1898, 12 jen. Ref. we Wraczu 1898, Nr 21. — 12) Baccarini. Sull' influenza del massagio abdominale sulla quantita dell'urina e sul suo potere tossico. Clin. med. italiana, 1900, Nr 10—12. Ref. w Zentralblatt für innere Med. 1901, Nr 20. — 13). Ekgren. Deutsche med. Wochenschrift 1902. Ref. we Wraczebnoj gazetie, 1902, Nr 32. — 14) Głowecki. O wlijanii massaża obłasti żiwota na krowootraszczenie i dychanie. Protok. III zjezda Russk. Wraczej. — 15) Colombo. La clin. med. italiane, 1899; ref. we Wraczu, 1899, Nr 51. — 16) Hasbrock. Ueber Krankheiten des Herzens und deren Behandlung mittelst Heilgymnastik und Massage. Leipzig, 1896. — 17). Neumann und Frick. Bauchmassage bei Herzkranken. Therapeutische Monatshefte, 1903, Nr 12. — 18) Kuwiczyński. O primienienji iskustwiennych Nauheimskich wann i massażu pri leczenji sierdiecznych bolezniej. Prakticz. Wracz, 1902, Nr 3. — 19. Huchard. Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte. Paris, 1905. T. III.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Frank. **Doświadczenia co do usypiania.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909, Nr 22). Nagłe zejścia śmiertelne i zapady w początkach uśpienia chloroformowego odnieść należy podług F. w wielu przypadkach do wstrząsu nerwowego, wywołanego obawą przed uśpieniem. F. stara się zapobiegać temu w ten sposób, że pozwala chorym usypiać się samym, i dopiero z chwilą wystąpienia podniecenia obejmuje od nich uśpienie. Dotychczasowe próby dały wynik zadowalniający, zwłaszcza u alkoholików, osobników młodych i osób nerwowych. *K.*

Neumann. **Tani i wygodny sposób przecinania opatrunków gipsowych i ze szkła wodnego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Każdy wie z doświadczenia, na jakie niedogodności napotyka się przy rozcinaniu twardych opatrunków. Nożyce gipsowe są bardzo drogie, a nawet z ich pomocą rozcinanie idzie trudno i zdarzają się zranienia chorego. Celem udogodnienia podaje N. sposób bardzo prosty i dla każdego lekarza dostępny. Do rozcinania opatrunku używa N. drutu, który podkłada pod opatrunek i zagina; dla rozcięcia opatrunku oba końce, t. j. biegnący pod i ponad opatrunkiem skręca ze sobą, przez co drut napręża się i łatwo przecina opatrunek od wewnątrz ku zewnątrz. Jeżeli pod opatrunkiem jest wata, to drut kładzie się na nią, jeżeli zaś jej niema, to na trykot. Drut można też wsunąć i po założeniu opatrunku, umieszczając przedtem pod opatrunkiem rurkę z batystu Billrotha i wsuwając później drut do niej. Linia przecięcia jest wązka i zupełnie gładka bez porozrywanych brzegów. Należy zaczynać przecinanie dopiero wtedy, gdy opatrunek dostatecznie stwardnieje. *K.*

Schwarz. **O „odczulaniu" przeciw promieniom Röntgena i radu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Skutecznemu leczniczemu działaniu promieni Röntgena i radu staje na przeszkodzie czułość tkanek, zwłaszcza n. p. skóry przy stosowaniu dłuższych i głębszych naświetlań. Skoro znajdziemy sposób »odczulenia« tkanek, będziemy mogli także leczyć lepiej, bo dłużej i pewniej. Pierwszy krok ku temu podaje S. Przy badaniu działania promieni rentgenowskich na nasiona roślin przekonał się, że wysuszone ziarna znoszą znacznie lepiej naświetlania, niż ziarna namoczone i napęczniałe. Naprowadziło to Schwarza na myśl, że może różnica ta pochodzi od stopnia i rodzaju przemiany materyi w danem miejscu. Przez zmniejszenie, ewentualnie zatrzymanie przemiany materyi w danem miejscu, możemy niejako odczulić daną tkankę na działanie promieni. To zmniejszenie ewent. zatrzymanie przemiany materyi w tkance wywołać można najłatwiej zapomocą ucisku, wstrzymującego dopływ krwi do danego miejsca. Prócz tego może okazą się skuteczne i inne sposoby, nad którymi S. pracuje, jak mrożenie, wstrzykiwanie pewnych substancyi i t. p. Dotychczasowe próby z odczulaniem skóry przez ucisk dały S. wyniki bardzo dobre. Naświetlał on n. p. równocześnie dwa owłosione miejsca obok siebie, jedno, jak zwykle, a drugie przez płytkę uciskającą. Tam, gdzie nie było ucisku, wystąpił wybitny odczyn zapalny, w miejscu zaś ucisku odczynu prawie nie było. Może z czasem uda się odczulać i inne tkanki, przez

co z jednej strony możnaby naświetlać głębiej, a z drugiej spokojnie leczyć naświetlaniem także narządy wewnętrzne, n. p. wśród operacyi. *K.*

Axhausen. **O częściowem wydzielaniu się martwaków w przeszczepionej tkance kostnej; nowe badania drobnowidowe nad przeszczepianiem kości u człowieka.** (*Arch. f. klin. Chir.*, Nr 89, T. II.). Na podstawie doświadczenia klinicznego dowodzi A., że przeszczepiona tkanka kostna bardzo często przygaja się pomimo tego, że częściowo odchodzą z niej martwaki; nie należy też i w takich przypadkach tracić nadziei przygojenia się, albowiem oddzielanie się martwaków nie następuje, jak to dotąd sądzono, jedynie na granicy żywej i martwej kości, ale często wśród przeszczepionej kości, przyczem część pozostała wchodzi w ścisły związek z podłożem. Nie należy też przy ropieniu usuwać wszczepionego kawałka, ale należy odczekać, bo często odejdzie jako martwak tylko cząstka przeszczepionej kości, a większa część przerasta zdrową tkanką kostną i wgaja się zupełnie. *K.*

Hulles. **W sprawie operacyjnego leczenia rwy nerwu trójdzielnego.** (*Wied. Tow. lek.* 21. V. r. b.). Leczenie rwy nerwu trójdzielnego zaczyna się zwykle od środków wewnętrznych. W klinice Eiselsberga stosuje się najpierw leczenie przeczyszczające, połączone z podawaniem piramidonu, fenacetyny, aspiryny, a nieraz dobre usługi oddaje *aconitinum nitricum* 0·025: 25 (4 razy dziennie po 3 krople stopniowo do 7, a potem zwolna z powrotem). Nieraz w lżejszych przypadkach spostrzega się potem zniknięcie bolów. Korzystnie działają wstrzykiwania alkoholu do nerwu. Wycinanie gałązek prawie zawsze jest bezskuteczne, bo rychło (w $^1/_2$—2 lat) powstają nawroty bolu, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, i tu jedynie wyjęcie zwoju Gassera może dać trwałe wyleczenie. Ta operacya pociąga za sobą czasem pewne zaburzenia, jak utrudnienie otwierania ust, utratę smaku lub powonienia po stronie operowanej i t. p. W dyskusyi zwracają uwagę Lorenz, Fuchs i i., że czasem po wyjęciu zwoju, a nawet zniszczeniu odpowiedniej części mózgu wracają bole. *A.*

Bläuel, Müller, Schlayer. **Zachowanie się serca przy wolu.** (*Beitr. zur klin. Chir.*, Nr 62., T. I.). Przeszkoda mechaniczna, którą wól stanowi dla oddychania, odbija się na sercu przerostem prawej jego połowy. Następuje to zwłaszcza przy długich, a wązkich tchawicach. Zmiany serca, a wielkość i czas trwania zwężenia nie stoją jednak ze sobą w stałym związku, i dlatego zapewne operacya wola, usuwająca zwężenie, w wielu przypadkach wpływa bardzo niewiele, lub też wcale nie wpływa na poprawę stanu serca. Wobec tego przyjąć należy, że prócz mechanicznych przeszkód także wpływy toksyczne odgrywają tu rolę. Te wpływy toksyczne zarysowują się nieraz wyraźnie (przyśpieszenie czynności serca, drżenie, wysadzenie oczu i t. p.). Operacya wola niejednokrotnie objawy te usuwa, lub zmniejsza; tak n. p. na 9 podobnych przypadków operowanych w 2 znaleziono po operacyach prawidłowy zupełnie stan serca, a w innych wybitną poprawę. W podobnych razach o wiele lepiej dla serca wypada rokowanie, gdy wole jest twarde, włókniste, niż gdy jest miękkie, miąższowe. Prócz tego często spotykamy zmiany serca kombinowane, t. j. na tle mechanicznem i toksycznem, a niekiedy w połączeniu z rzeczywistemi organicznemi wadami serca. B. twierdzi, że serca, dotknięte już wadą organiczną, wcale nie są słabsze i mniej odporne na skutki wola, niż serca przedtem zdrowe. Wogóle na 42 chorych na wola z powikłaniami sercowemi, znaleziono przy badaniu następowem po operacyi u 16 wybitną poprawę, lub też powrót do stanu prawidłowego, i to głównie w przypadkach tych, w których zmiany serca były skutkiem przyczyn mieszanych (mechanicznych oraz toksycznych i t. p.). *K.*

Ssizemsky. **Przyczynek do wszczepiania moczowodu do kiszki.** (*Zblt. f. Chir.* 1909, Nr 20). S. poleca następujący sposób wszczepiania moczowodu do kiszki. Moczowód wyosabnia się razem z płatem otrzewnej i okoliczną tkanką na tylnej powierzchni miednicy małej. Szczypczykami, wprowadzonemi do kiszki stolcowej, podnosi się jej ścianę, robi w niej mały otworek i przez niego wciąga się do środka koniec moczowodu na 1—$1^1/_2$ cm. Dwoma bocznemi szwami umocowuje się przy rance moczowód, a z płatu otrzewnego, wziętego z otoczenia moczowodu, tworzy się uszczelniającą pokrywę miejsca wszczepienia. Sposób ten wypróbował S. wprawdzie dotąd na zwłokach, ale ma nadzieję, że okaże się on i klinicznie bardzo praktycznym, bo jest stosunkowo prosty, a stwarza dokładną domykalność i szczelność połączonych narządów. *K.*

Prof. Casper. **Rozpoznanie i leczenie gruźlicy pęcherza i nerek.** (*Zebranie lek. gruźl.* Berlin, 25—26. maja, 1909). Obecne dokładne badania dróg moczowych przekonywają, że gruźlica pęcherza i nerek jest znacznie częstsza, niż przypuszczano. Gruźlica pęcherza zwykle jest następową, rzadko pierwotną. Chorą nerkę rzadko można wyczuć, a nawet nieraz powiększona i bolesna bywa właśnie nerka zdrowa, wskutek przerostu zastępczego. Pewność rozpoznania zyskujemy, wykazawszy ropę, pochodzącą z nerki, a zawierającą prątki gruźlicze. Prawie w 80% udaje się prątki wykazać drobnowidowo, ewentualnie przez szczepienie. W początkach gruźlicy ropy jeszcze niema, natomiast występują nieraz krwotoki, a po ustaniu ich mocz bywa znowu zupełnie jasny. Również ropy w moczu może nie być wtedy, gdy nerka ta już zupełnie nie działa. Tu rozstrzyga szczegółowe badanie. Gruźlicę pęcherza cechuje silne parcie i mała pojemność pęcherza. W ciężkiej gruźlicy ogólnej wydzielać mogą czasem i zdrowe nerki prątki gruźlicze. Zdarza się to jednak rzadko. Leczenie powinno być o ile możności operacyjne. Operacya nerki leczy najpewniej zmiany pęcherza. Na zmiany pęcherza korzystnie działa rozczyn sublimatu 1: 20.000, stopniowo aż do 1: 1000, wstrzykiwany raz na tydzień do pęcherza w ilości 10 cm^3. Przytem stosować można także co tydzień małe dawki tuberkuliny. *A.*

Forssell. **O rentgenologii złogów w sterczu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 23). Złogi i kamyki w sterczu nie należą wcale do rzadkości, zwłaszcza w wieku podeszłym. Klinicznie ważne są one o tyle, że przy badaniu rentgenowskiem mogą sprawiać wrażenie kamieni i złogów, w pęcherzu lub moczowodzie położonych. Badać należy radyograficznie w położeniu na wznak, z pomocą blendy uciskowej. Czas ekspozycyi $1^1/_2$—2 minut. Wykonawszy badania na 11 zwłokach i 100 chorych klinicznych, znalazł F. 15 razy złogi. Przedstawiają się one na płycie w postaci dwojakiej: 1) Pierwsza (mniej więcej 10% przypadków) przedstawia się jako zbiór okrągławych złogów, (każdy mniej więcej wielkości główki od szpilki), leżących w małych grupkach, zwykle symetrycznie. Obraz ten jest bardzo typowy. Złogi te występują zwykle u ludzi starszych i uważać je też należy za zmiany starcze w sterczu. 2) Drugą postać spotykamy rzadziej (mniej więcej w 3%) i to u ludzi młodszych, którzy przebyli jakieś cierpienia stercza. Złogi takie przedstawiają się w postaci znacznie większej zbitej masy, o brzegach groniastych. Masa ta leży symetrycznie w stosunku do linii środkowej, zwykle $1^1/_2$—3 cm oddalona od dolnego brzegu spojenia łonowego. Obrazy wspomniane są tak typowe, że dozwalają uniknąć pomyłki ze złogami dróg moczowych (pęcherza). *K.*

Schanz. **Skrzywienia krzywicze.** (*Tow. lek.* Drezno, 6. III., 1909). Przy krzywicy zniekształtnienia kości powstają najczęściej wskutek obciążenia ciała przy chodzeniu i staniu, przyczem spostrzega się prawie zawsze jedno skrzywienie główne i dwa mniejsze, »wyrównujące« w przeciwną stronę. Prócz obciążenia, skrzywienia i zniekształtnienia wywołuje siła mięśni, a mianowicie należą tu wygięcia łukowate, przyczem wypukłość zwrócona jest zwykle w stronę mm. prostujących. Rzadziej już zniekształtnienia występują wskutek przypadkowego ucisku, n. p. ubrania i t. p. Gdy dziecko zaczyna chodzić za wczas, to występuje skrzywienie nóg na zewnątrz, gdy zaś zaczyna chodzić po 2. roku życia, to ku wewnątrz, a to z tego powodu, że do 2. roku życia u dziecka skrzywienie nóg ku zewnątrz jest fizyologiczne. Zniekształtnienia krzywicze prawie w 90% ustępują same z czasem, ale w 10% wymagają leczenia ortopedycznego. Zawsze powinno się stosować leczenie ogólne, a polega ono na dyecie głównie roślinnej, przeładowywanie zaś dzieci mlekiem i tranem uważa S. za niepotrzebne i szkodliwe. Szczególnie należy zwracać uwagę na skrzywienia kręgosłupa, bo te często utrzymują się na stałe. Skrzywienie kończyn, wymagające przecięcia kości, należy leczyć stopniowo, zaczynając od biodra i przecinać kość liniowo, podokostnie, w środku wklęsłości. Nie należy na raz na jednej kończynie poprawiać skrzywień w różnych kierunkach. *K.*

Schwarz. **W sprawie leczenia złamań uda wyciągiem z gwoździami.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 24). Steinmann polecił swego czasu przy złamaniu uda wbijać gwoździe niektóre wprost w kłykcie uda i na nich umocowywać wyciąg. Przez to przy znacznie mniejszem obciążeniu uzyskuje się dokładne rozprostowanie odłamków, kończyna może pozostać bez szyny, można ją więc miesić i ułożenie poprawiać, a gojenie idzie szybciej. Natomiast wadami tego sposobu są: częste zbyt wczesne obluźnianie się gwoździ i ropienie koło gwoździ. S. wy-

próbował ten sposób leczenia w 18 przypadkach i twierdzi, że mimo tych wad jest sposób Steinmana jednym z najlepszych i daje bardzo dobre wyniki. Wbijać gwoździe można w znieczuleniu miejscowem. Gdy się gwoździe za wczas obluźnią, wbija się je po raz drugi. Natomiast nie należy stosować tego leczenia, gdy złamanie nastąpiło tuż ponad kolanem, albowiem w takim razie gwoździe wbijaćby należało w obręb złamania, co łatwo wywołać może zakażenie krwiaka, a nawet ogólne ropienie. *K.*

Muskat. **Trzewik dla stopy płaskiej bez wkładki.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 25). Do leczenia stopy płaskiej używa się między innemi wkładek lub odpowiednio sporządzonych trzewików. Oba sposoby mają swoje złe strony. Używanie wkładek jest kłopotliwe i niewygodne, trzewiki zaś dotąd używane mają brzydki i rażący kształt, a prócz tego chory chodzi w nich ciężko i nie elastycznie. W Kopenhadze natomiast używa się bardzo wygodnych trzewików, w których podeszwa, t. j. jej część przypadająca na spłaszczenie stopy, jest sama przez się odrazu wkładką, podczas gdy reszta, t. j. właściwa podeszwa pod palcami i obcas są zupełnie zwykle zbudowane. Trzewiki te może na odlewie zrobić łatwo pod okiem lekarza każdy szewc. Zewnętrznie różnica cała polega na tem, że część wewnętrzna podeszwy zachodzi nieco w środku koło kostki ku górze. *K.*

Dentystyka.

Prof. Partsch: **Język a uzębienie.** (*Deut. Monatschr. f. Zahnheilk.* Z. V, 1909). P. zwraca uwagę, iż między uzębieniem a językiem istnieje ścisły związek i że znajomość zmian na języku, wywołanych nieprawidłowością uzębienia, ma dla ogółu dentystów niemałe znaczenie. Naprzód wspomina P. krótko tylko o zmianach w brodawkach językowych, jak przerost lub zanik, o zniekształtnieniach, wywołanych przez luki zębowe i sprawy zapalne, a główny nacisk kładzie na zmiany, wywołane przez czynniki mechaniczne. Czynniki te: pojedynczo stojące zęby, ostre krawędzie zębów, resztki korzeni, odkruszenie dentyny przy niedokształceniu szkliwa, kamień zębowy, wstawki, próchnienie, działając przez czas dłuższy, stają się przyczyną owrzodzenia urazowego. Rozpoznanie takiego owrzodzenia jest wazne wobec podobieństwa z owrzodzeniem rakowatem. Różnice rozpoznawcze: Owrzodzenie urazowe tylko wtedy rozpoznać możemy, gdy istnieje odpowiedni czynnik urazowy, jak ułamany ząb, ostra krawędź i t. p., gdyż ząb prawidłowy nigdy nie wywoła owrzodzenia, tylko wgłębienie. Siedziba owrzodzeń urazowych najczęstsza na brzegach języka i na tylnej ścianie w okolicy więzadełka. Kształtem odpowiada owrzodzenie urazowe przyczynie wywołującej. Wrzód taki jest tkliwy, silnie zaczerwieniony, dno naciekłe, niekiedy nalotem pokryte, brzegi wałowate. Przy dłuższem trwaniu dno jest twarde, gruczoły podszczękowe obrzękłe. Pomyłka z rakiem bardzo łatwa. Od błędów chroni brak bolów rozpromieniających się ku gardłu. Już Duplay w swojej rozprawie »Diagnostique des ulcerations de la langue« (Rev. hebd. de laryng. 1899, Nr 51/63) zwraca na ten szczegół uwagę. Owrzodzenie urazowe nie krwawi tak łatwo, brak ślinotoku i cuchnienia. Rozpoznanie rozstrzygnie w wątpliwych przypadkach badanie mikroskopowe. Partsch radzi jednak przedtem zwrócić jeszcze uwagę na zachowanie się owrzodzenia po usunięciu czynnika szkodliwego, czy to przez wyrwanie zęba, czy opiłowanie ostrego brzegu lub zaplombowanie. Z usunięciem przyczyny owrzodzenie urazowe staje się w krótkim czasie miększe, naloty oddzielają się, a brzegi wygładzają. Przeciwnie dzieje się z rakiem, on szerzy dalej zniszczenie. Oprócz owrzodzeń urazowych, wywołują te same czynniki wybujałości brodawkowate, polipy, włókniaki. Partsch opisuje przypadek, w którym taki włókniak był wywołany przez wypuklenie górnej wstawki, a kontury odpowiadały w zupełności wycięciu wstawki. W tych przypadkach radzi P. wybujałości i guzy operować doszczętnie, gdyż jak się się zdaje błona śluzowa jamy ustnej jest usposobiona do zmian nowotworowych i już nieznaczne podrażnienia wystarczają, aby wywołać zmiany poważne i długotrwałe na języku i policzkach. *Dr Jezowerówna.*

Neumann-Kneucker: **Bezbolesne wyjmowanie zębów za pomocą znieczulenia nawiedzionego w szczęce górnej.** (*Wr. klin. Runds.* 1908. Nr 1). Według doświadczenia autora pozwala znieczulenie nawiedzione (Leitungsanaesthesie) wyjmować zęby bez bolu zawsze, nawet przy zapaleniu okostnej. Sposób ten polega na znieczuleniu zapomocą rozczynu kokainy z suprareniną w pewnem oddaleniu od ogniska chorobowego wszystkich gałązek nerwowych, zaopatrujących daną część szczęki. Wstrzykuje się w tym celu (bez względu na to, który ząb ma być wyjęty) w trzy miejsca: 1) w to miejsce załamka błony śluzowej, które odpowiada mniej więcej kłowi; 2) w to miejsce załamka, które odpowiada szczytowi korzenia chorego zęba, przyczem wsuwa się igłę wstrzykawki możliwie jak najwyżej i dopiero potem opróżnia się strzykawkę; 3) na podniebieniu w sąsiedztwie chorego zęba. Autor stwierdził, że nawet złożone zabiegi, jak np. wydłutowanie zębodołu po złamaniu zęba, można w ten sposób wykonać bez bolu. (*Autoreferat*).

Linhart. **Nowe kleszcze do wyciągania dolnych zębów trzonowych.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 23). Wyciąganie tylnych dolnych zębów trzonowych używanemi zwykle kleszczami napotyka nieraz na trudności, a to z tego powodu, że wskutek trudnego dostępu, zwłaszcza przy wązkich ustach, nie możemy wygodnie ująć zęba w kleszcze w kierunku zupełnie podłużnym. O ile korona jest zdrową, zwykle ujęcie udaje się dobrze, natomiast gorzej bywa, gdy istnieje ubytek korony częściowy lub całkowity. Jeszcze trudniejsze warunki spotykamy np. przy obrzmieniu części miękkich, przy zapaleniu okostnej lub przy szczękościsku, gdzie ramion kleszczy nie można wsunąć między zęby. Trudności te usuwają zupełnie nowe kleszcze, których chwyty (zakładane na ząb) nie idą wprost od zamku, jak przy kleszczach zwykłych, lecz ustawione są bagnetowato bocznie. Kleszcze te są osobno zbudowane dla strony prawej i lewej, a prócz tego wyrabiane w dwóch typach z dłuższem lub krótszem połączeniem chwytów ze zamkiem. Kleszcze te mają następujące zalety: 1) Udaje się niemi wyciągać swobodnie tylne zęby trzonowe, nawet przy szczękościsku w wązkich ustach. 2) Odpada potrzeba używania kilku gatunków kleszczy do szczęki dolnej. 3) Kleszczami temi chwyta się ząb zawsze w kierunku podłużnym. (Kleszcze Linhardta wyrabia Reiner, Wiedeń IX/3, ulica Van Swietena). *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich

we Lwowie 4. lipca 1909 r.

(Sprawozdanie własne »Przeglądu lekarskiego«).

1) Preses Rady zawiadowczej r. dw. Dr Merunowicz, stwierdziwszy nader liczny udział delegatów, (gdyż tylko trzy sekcye nie mianowały przedstawicieli), zagaja zebranie i poświęca gorące słowa wspomnienia zmarłym członkom Towarzystwa.

2) Przewodniczącym Zgromadzenia obrano Dra Wursta, poczem 3) przyjęto protokół z poprzedniego zgromadzenia.

4) Prezes r. dw. Dr Merunowicz przedstawia sprawozdanie Rady zawiadowczej za r. 1908. Z końcem r. 1908 miało Towarzystwo 553 członków czynnych (z nich 240 w sekcyi lwowskiej), 13 korespondentów, 2 honorowych; liczba członków czynnych wzrosła o 29. Obok stałego wzrostu liczby członków wzrasta w ostatnich latach stale ruch naukowy, na którego czele kroczy Towarzystwo lek. lwowskie; do sekcyi jarosławskiej, przemyskiej, wadowickiej i sanockiej, odznaczających się gorliwą pracą, przybyły sekcye czortkowska i zakopiańska. Na pensye stałe wydano dla 26 wdów i rodzin lekarzy 8380 K, na zapomogi jednorazowe 4676 K, w ostatniem trzechleciu wydawano rocznie średnio o 4853 K więcej na te cele, niż w trzechleciu poprzedniem. Filantropijna działalność Towarzystwa jedna też sobie uznanie wśród kolegów, czego dowodem są dary (w r. 1908 — 5231 K 82 h) i zapisy na fundusze wdów i sierót (w r. 1908 zapisał ś. p. Dr Barzycki około 34.000 K, a ś. p. Dr Nazarkiewicz posiadłości swe w Gries i Bozen na ten cel). Od członków wpłynęło tytułem wkładek rocznych 8773 K; zaległości wynoszą jednak 9730 K. Dochody fundacyi ś. p. Stillerów (dobra i zdroje Morszyńskie) nie są zadowalniające; Towarzystwo musiało bowiem poczynić znaczne wkłady, a zdrojowisko nie rozwija się należycie z powodu niedostatecznego poparcia przez kolegów; jednakże odkrycie w Morszynie pokładów soli potasowych (syngenitu, przewyższającego kainit) pozwala rokować zwiększenie się dochodów z tego źródła, (o ile dalsze poszukiwania potwierdzą wynik badań próbnych), a w każdym razie z solanki, odkrytej przy badaniach próbnych. Rada zawiadowcza przygotowała wreszcie zmianę ustawy Towarzystwa, przez której uchwalenie nastąpi połączenie Towarzystwa z Towarzystwem lek. krakowskiem na zasadach autonomicznych, wydatniejsze poparcie celów naukowych i unia obu czasopism lekarskich, »Przeglądu« i »Tygodnika«.

Z sekcyi Towarzystwa odbyło Towarzystwo lekarskie lwowskie 24 posiedzeń (28 wykładów, 46 demonstracyi), podtrzymywało jako własny organ »Tygodnik lekarski« i gromadziło fundusze na budowę własnego domu; sekcya jarosławska odbyła 7 posiedzeń, sanocka 3.

Czysty majątek Towarzystwa z końcem r. 1908 wynosił 584.503 K 57 h (w porównaniu z roku 1907 wzrósł o 6,751 K 67 h); w tem wartość czysta Morszyna 156.488 K 38, wartość czysta domu we Lwowie 50.746 K 71 h.

W dyskusyi nad sprawozdaniem Rady zawiadowczej przemawiali Dr Sawicki, na którego wniosek uchwalono wcześniejsze rozsyłanie sprawozdań sekcyom, Dr Kowenicki i Świątkowski (w sprawie zaległych wkładek), Dr Sękiewicz (w sprawie połączenia Towarzystw), i Dr Bednarski, poczem

5) Na wniosek komisyi rewizyjnej uchwalono Radzie zawiadowczej absolutoryum, a po dyskusyi (Prof. Gluziński, Dr Obtułowicz, Sękiewicz) uchwalono energicznie ściągać zaległe wkładki od członków.

6) R. dw. Dr Merunowicz referował wnioski Rady zawiadowczej: *a*) Zmiana ustawy Towarzystwa. Po bardzo wyczerpującej dyskusyi nad szeregiem paragrafów projektu nowej ustawy, uchwalono cały projekt z kilku tylko zmianami. Nowa ustawa łączy Towarzystwo lekarskie krakowskie z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, nadając Towarzystwu lek. lwowskiemu i krakowskiemu odpowiednią autonomię; zapewnia wszystkim oddziałom stosowne przedstawicielstwo w Radzie zawiadowczej; umożebnia odbywanie walnych zgromadzeń także poza Lwowem; zwiększa poparcie celów naukowych; uznaje »Tygodnik lek.« na równi z »Przeglądem lek.« za organ Towarzystwa i stwarza podział pracy między obu temi pismami, które (oba) otrzymywać będą wszyscy członkowie Towarzystwa. Z ważniejszych zmian projektu, uchwalonych przez Walne Zgromadzenie, wymienić należy poprawkę §. 9 (wniosek sekcyi jarosławskiej); według niej składa się Rada zawiadowcza z 11 członków, z których po 2 wybierają Towarzystwa lek. krakowskie i lwowskie, a 7 Walne Zgromadzenie; wśród tych 7 powinno być 4 lekarzy z prowincyi.

b) Sprawa połączenia Towarzystw lek. w kraju. W szczególności przedstawił referent stan układów z Krajowym Związkiem lekarzy; wprawdzie obecnie sprawa ta nie jest jeszcze dojrzałą, ale należy mieć nadzieję, że znajdzie się sposób pomyślnego rozwiązania trudności.

7) Wobec tego, że żadna z sekcyi nie zgłosiła na Walne Zgromadzenie wniosków, przystąpiono do obrad nad wnioskami członków, przyczem wnioski Dra Głowińskiego (w sprawie zapomóg) i Dra Sękiewicza (w sprawie udziału delegata Towarzystwa przy rozdawaniu zapomóg przez Izby) przekazano Radzie zawiadowczej.

8) Prof. Rencki imieniem komisyi dla fundacyi ś. p. Stillerów (dobra Morszyńskie) wniósł wybór komisyi, którąby zbadała, czy dochodów z Morszyna nie dałoby się podnieść, ewentualnie dóbr Morszyńskich sprzedać.

Po dyskusyi, w której uczestniczyli prezes Dr Merunowicz, Dr Świątkowski, Prof. Machek, Prof. Gluziński i Dr Mikołajski, wybrano do proponowanej komisyi prezesa r. dw. Merunowicza, Prof. Macheka, Prof. Renckiego i Dr Ziembickiego

9) Do Rady zawiadowczej na rok 1909 wybrani zostali: prezesem r. dw. Dr J. Merunowicz, wiceprezesem Dr Opolski, członkami: Prof. Gluziński, Prof. Machek, Prof. Rencki, skarbnikiem Dr Schellenberg, sekretarzem Dr Świątkowski.

Obrady trwały z jednogodzinną tylko przerwą od 11 rano do 9½ wieczór. *D. C.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 23. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 36.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Prof. Kader odnośnie do protokołu poprzedniego posiedzenia zaznacza, że szkoła francuska stoi na tem stanowisku, iż gruźlica narządów moczowych idzie drogą zstępującą i że szkoła Albarrana i Guyona zmieniła poprzednie swe zdanie i obecnie stoi na tem samem stanowisku.

3. Przewodniczący oznajmia, że wpłynęły pisma, zapraszające członków do wzięcia udziału w Zjeździe internistów polskich w Krakowie i w Zjeździe neurologów polskich w Warszawie.

4. Kol. Eisenberg przedstawia:

a) **Bakterye mastki** (b. łoju napletkowego, *mycob. smegmatis*) w preparatach **z osadu moczowego osób zdrowych** bakterye zabarwione na gorąco fuksyną karbolową, a odbarwianie kwasem azotowym 10% (bez alkoholu). Bakterye te u kobiet, zwłaszcza starszych, prawie stale znajdowane w osadzie moczowym, mogą wprowadzić w błąd przez swą kwasoodporność, gdy chodzi o rozpoznanie gruźlicy nerek, a gdy się barwi np. metodą Gabbeta, która nie uwzględnia alkoholoodporności badanych bakteryi. Tylko zastosowanie metod odbarwiających alkoholem, jak klasyczna metoda Ziehl-Günthera lub specyalne metody Bungego-Trautenrotha, Cazottesa lub Weichselbauma, może tu ważne to (ze względu na zabieg operacyjny) pytanie rozstrzygnąć.

b) **Preparaty krwi** z przypadku **białaczki limfatycznej** przewlekłej, barwione błękitem Mansona i metodą Giemsy. Krew ta zawiera 300.000 c. białych — wśród nich limfocyty i ich pochodne stanowią około 98%. Ciekawa jest w tych preparatach wielka ilość rozpadłych jąder, które stanowią połowę wszystkich limfocytów, a przedstawiają się jako roztarte siatki o nieprawidłowych konturach, słabo się barwiące. Schleipp, który w znanym swym atlasie przedstawia podobny przypadek (Tab. XXVIII. Fig. 49, form tych jest tam znacznie mniej), uważa je za wytwory rozpadu komórek szpikowych wielkich jednorodnych (grosse homogene Knochenmarkszelle), nadmiernie wytwarzanych, a niedokształconych i przez to skłonnych do rozpadu. Według swoich preparatów przypuszcza E. także możliwość, że pewna ich część pochodzi z rozpadu dojrzałych limfocytów, za czem zdają się przemawiać formy przejściowe między limfocytami nienaruszonymi, a tymi tworami.

5. Doc. Męsowicz wygłosił odczyt p. t. **Klinika gruźlicy.**

Dyskusya. Prof. Bujwid: Chcę wypowiedzieć kilka uwag w sprawie swoistego leczenia gruźlicy zapomocą produktów bakteryjnych. Gdy w 1890 r. Koch ogłosił swoje spostrzeżenia nad działaniem swego płynu, który nazwałem w »Gazecie lekarskiej« po raz pierwszy tuberkuiiną, gdy odkryłem jej skład zaraz po ogłoszeniu przez Kocha[1] — jak wiadomo, nieostrożne stosowanie tuberkuliny, nie rachujące się z przebiegiem odczynu, dało wyniki niekorzystne — nawet wprost szkodliwe. Wówczas już wykonałem doświadczenia, których wyniki są dla mnie do dzisiaj miarodajne, a które potwierdzają coraz liczniejsi badacze. Szczególnie w ostatnich czasach rośnie liczba badań w tym kierunku. Kardynalnem doświadczeniem było doświadczenie, wykonane po zaszczepieniu gruźlicy ludzkiej świnkom morskim, traktowanym później co parę lub kilka tygodni tuberkuliną. Świnki takie żyły po kilka miesięcy, nawet do 1 roku, gdy kontrolne ginęły najwyżej po paru miesiącach. Zmiany chorobowe w ogniskach gruźliczych wskazywały na wzmożoną odporność względem bakteryi: ogniska były duże, bakteryi w nich było mało, gdy u nieleczonych tuberkuliną było odwrotnie. Podobne wyniki otrzymałem u innych zwierząt; u królików można było otrzymać całkowite wyleczenie. Dziś coraz więcej widzimy dążenia do stosowania rozmaitych tuberkulin, które dadzą się jednak sprowadzić do 2 grup ciał: jedna z nich rozpuszczająca lub dająca się wymacerować po długiem staniu w płynie — jest to t. zw. »Alt tuberkulin« i druga, to ciała zawarte w samych komórkach bakteryi, bakteryoproteiny, w znacznej części działające nieswoiście. Substancye, które wchodzą w skład tych grup, są bardzo mało znane i zbadane, a z pewnością wiele w ich działaniu zależy od sposobu otrzymywania. Najlepszym będzie ten, który najmniej narusza skład płynu, a więc unikanie wysokiej ciepłoty i odparowanie w próżni przy ciepłocie nie wyższej od 50 C°. Tak otrzymuję swoją tuberkulinę. Tymczasem te apodyktycznie zachwalane i mocno reklamowane ciała (T. K. Spenglera) nie przemawiają mi do przekonania i niedaleka przyszłość z pewnością je odrzuci. Małe dawki i nie za częste dają u różnych badaczy bardzo dobre wyniki (Turban, Denys.). Co do seroterapii, to jestem przekonany, że na tej drodze nic nie uzyskamy. Surowica przy długiem stosowaniu, a tak musi być przy gruźlicy stosowana, daje zbyt wiele niemiłych ubocznych wpływów, częściowo anafitaktycznych. Co do ilości zarazka w niektórych ogniskach gruźliczych, to sądzę, że ilość nie stoi w związku z rokowaniem. Może być wydzielana bardzo wielka ilość w plwocinie, a nie szkodzić człowiekowi, który staje się tylko roznosicielem zarazka, dla siebie nieszkodliwego, jak to bywa przy durze, cholerze i t. p. Natomiast już wygląd i sposób barwienia się zarazka musi tutaj mieć znaczenie.

Kol. Eisenberg podnosi, że wszystkie fizyczne metody rozpoznawania gruźlicy wczesnej opierają się na przypuszczeniu, że wszystkie sprawy nieżytowe lub naciekowe w szczytach i w przednich częściach górnych płatów są przyrody gruźliczej

[1] Porówn. »Gazeta Lekarska« Nr 4 i 30 z 1891 r.

Niestety anatomia patologiczna nie może w tym kierunku dać zupełnie pewnej odpowiedzi, jakiej od niej żądamy, raz dlatego, że nowsze badania wykazały istnienie zakażeń gruźliczych bez obrazu anatomicznego gruźlicy (t. j. okres limfoidalny Bartla i innych), powtóre zaś dlatego, że dotąd metody wykazywania b. gruźliczych w tkankach niezupełnie są pewne i nie dają rękojmi, że mogą wykazać wszystkie bakterye w tkance obecne. W każdym razie sprawa ta wymagałaby rewizyi przy pomocy ulepszonych metod. Dalej zaznacza E., że na wspomniany przez prelegenta związek, zachodzący między odrą a nabyciem lub odnowieniem się utajonego zakażenia gruźliczego rzucają ciekawe światło spostrzeżenia Pirqueta, które wykazują, że w przebiegu odry stale znika uprzednio istniejąca nadwrażliwość skóry wobec tuberkuliny, aby po pewnym czasie stopniowo wrócić do dawnego stopnia. O ile uważać nadwrażliwość tę za pewną część odporności ustroju wobec zakażenia, znaczyłby ten objaw, że w toku zakażenia odrowego w nieznany nam sposób odporność ta ulega zmniejszeniu i umożliwia przez to zakażenie lub rozwój istniejącego, a utajonego zakażenia. Wreszcie w sprawie swoistego leczenia gruźlicy należy zasadniczo wybrać jedną z dwóch dróg: albo uodpornianie bierne przy pomocy surowic leczniczych, albo czynne przy pomocy szczepień leczniczo-ochronnych przetworami bakteryjnymi (tuberkulina i inne). Tutaj charakter biologiczny zarazka daje pewne wskazówki: rośnie on i mnoży się bardzo powoli w stosunku do innych zarazków, a nadto przeciwstawia ustrojowi politykę biernego oporu dzięki woskowatej osłonie, która go czyni trudno dostępnym zwykłym środkom bakteryobójczym ustroju. Te warunki z jednej strony pozwalają podobnie, jak we wściekliźnie, stosować szczepienia zapobiegawczo-lecznicze, z drugiej zaś strony sprawiają, że leczenie surowicze wobec długiego przebiegu choroby niełatwo może być stosowane (przypadłości posurowicze przy wielokrotnie ponawianych wstrzykiwaniach). Nadto leczenie gruźlicy powinno koniecznie dążyć do zabicia zarazków, a w tym kierunku preparaty, zawierające same ciała bakteryi, zdają się zasługiwać na pierwszeństwo (nowa tuberkulina sama lub w połączeniu ze starą). Naturalnie trzeba pamiętać o tem, że takie uodpornianie czynne stawia znaczne wymagania sprawności ustroju, że tedy koniecznie trzeba przez odpowiednie warunki społeczne, jak również lecznicze, fizyczno-dyetetyczne, uzdolnić ustrój do skutecznej walki i zdobycia trwałej odporności.

Prof. Kader był tego roku w Davos i miał sposobność przyjrzeć się leczeniu gruźlicy przez różnych kierowników sanatoryów .Podnosi doniosłość leczenia zapomocą wstrzykiwań azotu. Co do resekcyi chrząstki pierwszego żebra, to Hansch w niewielu przypadkach ją stosował; należy jeszcze być ostrożnym, bo dotąd doświadczenie jest małe. Co do leczenia tuberkuliną, zauważa K., że na klinice Mikulicza stosowano ją naprzód bezskutecznie, potem z małym skutkiem. Co do leczenia klimatycznego gruźlicy chirurgicznej, to tylko klimat morski jest korzystny. Kol. Blassberg zaznacza, że Brauer tylko wtedy radzi leczyć gruźlicę płuca przez odmę, o ile zmiana dotyczy tylko jednego miejsca. Ciśnienie krwi według Marfana ma tylko znaczenie prognostyczne. Kol. Herm. Hirsch sądzi, że dla rozpoznania wszystkie sposoby powinny być użyte. Kol. Janiszewski sądzi, że dla dokładności należy chorego kilka razy zbadać, prócz tego zwraca uwagę, zwłaszcza u osób chudych, na badanie klatki piersiowej wysoko pod pachą i na właściwe ustawienie rąk przy badaniu, dalej na wywiady dotyczące dziedziczności. Kol. Męsowicz z powodu spóźnionej pory odpowiada tylko na najważniejsze punkta; nie wierzy w swoiste leczenie i nie wierzy również, by u ludzi zdrowych mogły być prątki w plwocinie.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 25. czerwca 1909.

Przewodniczący poświęca kilka słów wspomnienia pośmiertnego kol. Wilczkowi. Następnie wybrano dalszym delegatem na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. kol. Prof. Glurzińskiego, a członkiem komisyi rewizyjnej kol. Prof. Macheka. Żywą dyskusyę wywołała sprawa wyboru przedstawicieli do polskiego komitetu na międzynarodowy Zjazd higieniczny w Paryżu, dyskusyę, spowodowaną istnieniem drugiego komitetu, t. zw. galicyjskiego. Polecono Zarządowi zastanowić się, czy Towarzystwo ma wysłać delegatów do jednego i drugiego komitetu.

Kol. Prof. Herman wygłosił wykład: **O rozpoznawaniu i leczeniu raka.** Prelegent omawia głównie dwa punkty: możność zapobiegania i wyleczenia. Pierwszy punkt łączy się ze sprawą pasorzytowego pochodzenia raka. Co do drugiego, to zestawienia wykazują 20—40% wyleczenia z raka po operacyi. Odsetek ten podniósłby się znacznie, gdyby chorzy zgłaszali się wcześniej do lekarza, a dalej przez udoskonalenie sposobów rozpoznawania. Prelegent omawia dalej różne sposoby wczesnego rozpoznawania raka, konstytucyę rakową, wyniki badania krwi, próby hemolitycznej, precypitacyjnej itd. Mówi o zabiegach operacyjnych, o leczeniu promieniami Röntgena, wstrzykiwaniami pewnych ciał (chinina, kakodylan sodowy itp.). Mówi o nawrotach raka, odporności ustroju chorego na raka po operacyi, oraz o zachęcających wynikach operacyjnych po nawrotach. W końcu rozpatruje szereg środków leczniczych takich, jak cholina, arszenik, pyoktanina, surowice, kankroina Adamkiewicza, metoda Fingerowska, fulguracya, elektroliza.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 20. kwietnia 1909.

1) Karwacki pokazał trzy **preparaty ropy z zapaleń opon mózgowych.** W pierwszym przypadku nastąpiło zapalenie opon u chorego z gruźlicą stawu kolanowego po wstrzyknięciu do stawu zawiesiny jodoformowej. Płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty. W osadzie 60% ciałek wielojądrzastych, brak laseczników Kocha i grube, zaokrąglone na końcach laseczki. W drugim przypadku u dziecka obciążonego dziedzicznie i zołzowatego wystąpiły objawy zapalenia opon, przedstawiające się klinicznie, jako sprawa gruźlicza. Płyn mózgowo-rdzeniowy przeźroczysty. Osad, bardzo skąpy, zawiera nieliczne leukocyty wielojądrzaste i bardzo dużo ziarenkowców. Laseczników Kocha brak. W trzecim przypadku płyn mózgowo-rdzeniowy wyraźnie ropny, zawiera dwoinki Talamon-Fränkla. Na zakończenie zaznacza kol. Karwacki różnorodność bakteryologiczną spraw oponowych i wartość badania przyczynowego dla leczenia tych spraw.

2) Tuchendler i Grundzach przedstawiają chorego z **nowotworem złośliwym odbytnicy.** Grundzach rozpoznał u chorego raka odbytnicy: dla uzupełnienia swego rozpoznania skierował go do T. dla rektoskopii. Drogą wziernikowania odbytnicy T. potwierdza rozpoznanie, postawione przez kol. Grundzacha i pokazuje obecnym na posiedzeniu kolegom obraz wziernikowy u tego chorego. We wzierniku widać zupełnie wyraźnie w odległości 5 ctm od otworu stolcowego powierzchnię wewnętrzną kiszki wrzodziejącą, kraterowatą, ściany kiszki nacieklé, nie bardzo jednak zgrubiałe, bo światło kiszki nie zwężone. W pierwszych okresach sprawy rakowatej kiszek często mamy taki naciek płaski, który może nie być charakterystycznie twardy, może nie wystawać do światła kiszki, i dlatego nie dawać objawu zwężenia. Dolegliwości chorego, jak to było i w danym przypadku, zależeć mogą jedynie od sprawy czysto miejscowej (nieżytowej), towarzyszącej sprawie nowotworowej. Z okazyi tego przypadku i poprzednio przedstawianych, prelegent, chcąc zapoznać kolegów z rekto-romanoskopią, jako metodą mało znaną i mało rozpowszechnioną, zwraca uwagę na jej wartość w rozpoznawaniu spraw chorobowych odbytnicy i kiszki esowatej. Drogą wziernikowania całego dolnego odcinka kiszek od otworu stolcowego aż do zagięcia pętli esowatej (*inflexio romana*), t. j. do 35 ctm rozpoznawać możemy najwyżej w odbytnicy usadowione sprawy chorobowe, następnie sprawy kiszki esowatej, a sprawy nizko w odbytnicy położone, choć i dla innych metod badania dostępne, rozpoznawać możemy wcześnie, co szczególnie w przypadkach raka odbytnicy ma wielką wartość. Im wcześniej zdołamy rozpoznać raka odbytnicy, tem lepsze wyniki otrzymamy drogą operacyi. W końcu zwraca T. uwagę, że ze wszystkich metod badania odbytnicy, wziernikowanie jej daje wyniki najpewniejsze, a powracając do sprawy rozpoznawania raka odbytnicy, nadmienia, że wywiady i badanie kału dostarczyć mogą danych, które krytycznie spożytkowane naprowadzić nas mogą na właściwą myśl o raku; nigdy jednak na ich zasadzie nie zdołamy ustalić rozpoznania, tembardziej w początku sprawy. Badanie palcem daje wyniki pewniejsze, ale ograniczone. Wszak palcem dojść możemy w odbytnicy najwyżej do 9—10 ctm. Z tego to powodu sądzi T., że w każdym podejrzanym co do raka przypadku sprawy chorobowej dolnego odcinka kiszek należy nie zadowalniać się badaniem palcem, ale drogą wziernikowania zbadać odbytnicę, a jeśli wypadnie — także i kiszkę esowatą.

3) Otto wygłosił odczyt: **Wpływ nikotyny na zasadowość krwi.** We wstępie omawia prelegent w krótkości różne

metody i określania zasadowości krwi i ostatecznie zatrzymuje się na metodzie miareczkowania krwi zlakowanej (Zuntz-Loewy). Zasadowość osocza określano metodą Krauzego; zasadowość krwinek białkową i mineralną obliczano z formuły braci Bleibtreu, określiwszy wpierw N osocza całkowitego i rozcieńczonego, a także N krwi całkowitej. Oznaczano także zasadowość, przedstawianą przez białko krwinek i osocza (Rzętkowski). Zestawienia wszystkich danych liczbowych dokonano podług metody A. Landau. Dla porównania wyników zmian we krwi po nikotynie wykonano wpierw kilkanaście badań na królikach prawidłowych i zestawiono liczby podług schematu A. Landau. Co do badań doświadczalnych, to wykonał je prelegent na królikach, wstrzykując przez 10 miesięcy do żył rozczyn nikotyny początkowo 1: 10.000 fizyologicznego rozczynu Na Cl i stopniowo zmniejszał dawkę aż do 1: 1000. Wstrzykiwania robiono co drugi dzień, a wstrzymywano na kilka dni, o ile zwierzęta traciły na wadze. Krew wypuszczano na parownicę, na której uprzednio rozłożono cienką warstwę obojętnego szczawianu sodu. Krew miareczkowano H_2SO_4, używając jako wskaźnika, papierka lakmoidowego. Okazało się, że ogólna zasadowość krwi jest znacznie obniżona w przewlekłem zatruciu nikotyną, przyczem głównie obniża się zasadowość białkowa, natomiast zasadowość mineralna bardzo nieznacznie. Co do zasadowości białkowej osocza i krwinek, to obniża się przeważnie zasadowość białkowa krwinek, osocza zaś bardzo nieznacznie; wzajemny jednak stosunek obu tych zasadowości w porównaniu z normą pozostaje bez zmiany.

Dyskusya: Anastazy Landau zaznacza, iż odczyt kol. Otta stawia go w położeniu nadzwyczaj trudnem i drażliwem, ale mimoto L. uważa za właściwe zwrócić uwagę na dwie okoliczności. Przedewszystkiem część ogólna odczytu, wstęp, w którym prelegent omawia metody oznaczania zasadowości krwi, oraz ich wartość, jest z nader nieznacznemi zmianami zapożyczony z dwóch prac L. o zasadowości krwi i o acydozie. Następnie L. zaznacza, iż kol. Otto w odczycie swym nie wspomniał, iż ogólna metodyka badania zasadowości krwi, jaką prelegent w swych doświadczeniach się posiłkował, zastosowana była po raz pierwszy przez L.

Odpowiadając, zaznacza prelegent, że metody badań nie uważa za swoją, lecz że wziął ją z prac A. Landau, o czem tenże wiedział od prelegenta w dniu 6. IV. na posiedzeniu demonstracyjnem, że jednak więcej jej nie akcentował, wynikło stąd, że kol. A. Landau wygłosił te prace w tejże sali i wobec tychże słuchaczy, a więc metoda równie, jak i prace, były wszystkim znane. Co do wstępu, który A. Landau uważa za wzięty z jego prac, prelegent zaznacza, że podobieństwo wynikło prawdopodobnie z tego, że A. Landau i prelegent posługiwali się tymi samymi podręcznikami. Jeżeli zaś jest i coś wzięte od niego, to autora wymieniono.

W odpowiedzi dodaje Landau, iż wyżej wspomnianych zarzutów nie stawiałby prelegentowi, gdyby ten w odczycie swym, jak należało, zaznaczył, iż ogólna część odczytu, oraz metodyka badań zapożyczone zostały z prac mowcy.

4) Róbin wygłosił rzecz: **O znaczeniu rozpoznawczo-leczniczem dyety próbnej Schmidta w cierpieniach kiszek.** Przy rozpoznawaniu i leczeniu chorób kiszek dalecy jeszcze jesteśmy od naukowej ścisłości, gdyż posiadamy mało ściśle naukowych sposobów rozpoznawczych i wskutek tego kierujemy się szablonem. Badanie chemiczno-mikroskopowe kału na ogół nie rozwiązuje trudności, bo nie daje odpowiedzi co do zachowania się śluzówki kiszek w stosunku do poszczególnych składników pokarmowych, a często nawet w błąd wprowadza. Jedynie racyonalną jest w tym celu metoda czynnościowa, t. j. podawanie »dyety próbnej«, przy pomocy której możemy ustalić trawienie prawidłowe, a zatem i patologiczne.

Taką dyetę próbną, odpowiadającą teoretycznym wymaganiom co do ilości kaloryi, wprowadził przed kilkoma laty Schmidt. Dyeta próbna Schmidta jest następująca: *a*) rano — ½ litra mleka i 50,0 biszkoptów; *b*) w południe — ½ litra kleiku; *c*) popołudniu 125,0 mięsa wołowego i 250,0 ziemniaków; *d*) jak *a*) i *e*) jak *b*) zawiera 102,0 białka, 111,0 tłuszczu i 191,0 węglowodanów. Dyetę tę stosujemy w ciągu 3 dni, przyczem badamy codziennie kał makro- i mikroskopowo, wykonywamy odczyny mikrochemiczne (z kw. octowym, z jodem) i próby: »sublimatową« i »fermentacyjną«. R. obznajomił się z powyższą metodą przed 4 laty w pracowni Schmidta w Dreznie i od tego czasu stosował ją w 42 przypadkach, starając się ocenić jej wartość praktyczną, rozpoznawczo-leczniczą.

R. podaje kilka ze spostrzeganych przypadków, w których tylko dzięki dyecie próbnej Schmidta udało się rozpoznać cierpienie, do tego czasu nierozpoznane lub rozpoznane błędnie (n. p. brak HCl w żołądku — na zasadzie obecności tkanki łącznej w kale, t. zw. »niestrawność fermentacyjną« kiszek — »Gährungsdyspepsie«, na zasadzie obecności znacznej ilości węglowodanów w kale, nerwice kiszek — na zasadzie prawidłowego zachowywania się składników pokarmowych w kale, niedokładne trawienie mięsa, tłuszczu i t. d.). Dzięki wykrytym w ten sposób przyczynom cierpienia w każdym poszczególnym przypadku, rozpoznanie, a zatem i leczenie może być postawione na racyonalnej podstawie.

Zdaniem R. metoda Schmidta pozwala rozpoznawać t. zw. »gastrogene Diarrhoeen«, t. j. biegunki pochodzenia żołądkowego, które stanowią dość częste zjawisko w patologii kiszek; dalej wyłącznie tej metodzie badania zawdzięczamy poznanie nowej postaci chorobowej, dotąd zupełnie nieznanej, mianowicie »Gährungsdyspepsie«, t. j. niestrawności kiszek, zależnej od utraty zdolności przyswajania węglowodanów, wreszcie tylko metoda Schmidta pozwala z pewnością rozpoznawać nerwice kiszek, w których różnorodne objawy kliniczne skłaniają nas do rozpoznawania nieżytów i t. d., gdy dyeta próbna niewątpliwie wykazuje w tych razach zupełnie prawidłowe trawienie. R. roztrząsa zarzuty, stawiane tej metodzie przez różnych autorów (Philippsona, Bascha i innych) i uważa je za niepoważne. »Próba mięsna« Straussa i »próba z perełkami« Einhorna nie wytrzymują porównania z metodą Schmidta, gdyż nie wyjaśniają nam zupełnie sprawności kiszek.

R. sądzi zatem, że w każdym przewlekłym przypadku cierpienia kiszek powinniśmy stosować dyetę próbną Schmidta, która ma tu znaczenie dwojakie: *a*) rozpoznawcze i *b*) lecznicze (pozwala bowiem przepisywać odpowiednią dla każdego przypadku dyetę). Obecnie przepisujemy chorym dyetę zupełnie szablonowo, tymczasem każdy przypadek wymaga ścisłej indywidualizacyi. T. zw. »dyety uproszczonej«, podanej w ostatnim czasie przez Schmidta, R. nie poleca, gdyż jest bardziej dowolna, a zatem wyniki nie są tak ścisłe, jak przy stosowaniu całkowitej, nieuproszczonej dyety. *A. Majewski.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Dokończenie).

W 10 krajowych zdrojowiskach i uzdrowisku Zakopanem przebywało w r. 1905 — 37.000 osób, o 1556 więcej niż w r. 1904. Sprawozdanie podaje tym razem zajmujące tabelaryczne zestawienie ruchu w zdrojowiskach, a następnie wymienia poczynione w r. 1905 ulepszenia, odbyte przez lekarzy rządowych z lekarzami zdrojowymi konferencye i t. p., co jako rzeczy, skądinąd znane, tutaj pominąć można, podobnie jak i wyniki działalności 3 sanatoryów przeciwgruźliczych w Zakopanem (Dr Dłuskiego, Dr Hawranka i Bratniej pomocy).

Zakład ubezpieczenia robotników od wypadków wypłacił tytułem odszkodowań i renty 937.716 kor. (w roku poprzednim 861·783), z czego honoraryum lekarskie wynosiło 40.399 (w roku poprzednim 34.551, w r. 1903 — 21.933).

Liczba kas chorych wynosiła w Galicyi 61 ze 112.026 członkami (w r. 1904 — 91.584). Przypadków choroby zgłoszono 48.688, dni choroby 619.943 (prawie o 20% więcej, niż w roku poprzednim). Dochody kas doszły do 1,777.133 koron, rozchody do 1,226.740, koszta administracyjne pochłonęły 16,67% dochodów. Koszta te od kilku lat zwolna się jednak obniżają. Niemniej należy zauważyć, że do kosztów administracyjnych nie bywają wliczane koszta kontroli chorych, które się niesłusznie w sprawozdaniach kas dolicza do wydatków na lekarzy. Niedobór miały 2 kasy; inne kasy miały razem 816.321 kor. funduszów rezerwowych. Wreszcie należy nadmienić, że ze wszystkich kas jedyna tylko powiatowa kasa w Buczaczu zaprowadziła wolny wybór lekarzy z wynagrodzeniem po 60 hal. za poradę w domu lekarza, a 1 kor. w domu chorego; ile kasa w tych warunkach wydaje wogóle rocznie na pomoc lekarską, nie wiadomo.

Ambulatorya bezpłatne w klinikach w Krakowie i we Lwowie nie przedłożyły Radzie zdrowia żadnych sprawozdań. Poliklinika lwowska leczyła w r. 1905 — 10.014 chorych, »Narodna licznycia« 5.823.

B. Zakłady i urządzenia dobroczynności

także w r. 1905 nie uległy znaczniejszym zmianom. W 40 zakładach zaopatrzenia, dających stałe utrzymanie, było 3.852 prebendaryuszy. W 46 zakładach, dających częściowe utrzymanie, było umieszczonych 499 osób, a w 7 zakładach, dających tylko przytułek, było 151o sób. Zakładów sierot było w r. 1905 44 (o 3 więcej); mieściło się w nich 3.193 sierot (o 593 więcej). Ruch i koszt utrzymania tych zakładów zestawiono tabelarycznie; o ich stosunkach zdrowotnych żadnych danych nie podano. Opieką nad zaniedbanemi dziećmi zajmowało się 6 zakładów, w których było przeszło 1000 dzieci (liczby dokładnej podać nie można, gdyż zakład w Pawlikowicach i zakład Żurowskiej w Krakowie nie przedłożyły sprawozdań). O ochronkach w tym roku znajduje się wiązanka danych, co zasługuje na uznanie wobec tego, że w poprzedniem sprawozdaniu nie było o nich żadnej wzmianki. Sprawozdanie stara się podać przynajmniej ogólne wiadomości, wyliczając około 50 ochronek, istniejących w różnych miejscowościach kraju. Dokładniejszemi wiadomościami jednakże Rada zdrowia nie rozporządzała.

O działalności stacyi ratunkowych we Lwowie i w Krakowie podaje »Przegląd lekarski« corocznie w swoim czasie wiadomości, dlatego tu je pomijamy.

Liczba kolonii wakacyjnych (10) i pomieszczonych w nich dzieci (około tysiąca) w r. 1905 niestety nie wzrosła. O korpusach wakacyjnych (ustęp ten zdawałby się, jak już podnosiliśmy w latach poprzednich, należeć raczej do działu 6 e: Wychowanie fizyczne młodzieży) niema w tym roku żadnej wzmianki; o parkach Jordana dostarczono Radzie zdrowia wiadomości tylko z Nowego Sącza, gdzie istniejący od lat 14 park przeszedł pod zarząd Sokoła, i ze Stryja, gdzie właśnie w roku 1905 z ofiarności publicznej, a za staraniem starosty p. Szczurowskiego park taki założono. Rada zdrowia słusznie się użala, że nie dostarczono jej również dokładniejszych danych o bursach dla uczniów (burs takich jest w kraju około 50) i że tylko niektórzy lekarze urzędowi zwracają uwagę na te zakłady, pod względem sanitarnym ważne, a niestety zbyt często nieodpowiednie. W końcu tego działu podaje sprawozdanie wiadomości o kuchniach i herbaciarniach ludowych we Lwowie i kilku miastach prowincyonalnych, o »Kropli mleka« w Krakowie, wytykając słusznie brak wiadomości o kuchniach i herbaciarniach w sprawozdaniu fizykatu miejskiego krakowskiego i wielu lekarzy powiatowych.

8. Stosunki sanitarne w więzieniach i aresztach.

W tym rozdziale podaje sprawozdanie naprzód liczby, dotyczące ruchu chorych w zakładach karnych we Lwowie, Wiśniczu, Stanisławowie. Zdaje się, że co do gruźlicy wśród więźniów najgorzej jest w Wiśniczu, gdzie na 484 więźniów było gruźliczych 25, podejrzanych 53. Szerzeniu się gruźlicy w Wiśniczu starano się zapobiedz przez oddzielenie chorych i podejrzanych i umieszczenie w osobnych salach i warsztatach. Jednakże przepełnienie zakładu, podnoszone już w roku zeszłym, sprawia, że u już chorych gruźlica przebiega bardzo szybko. Również w Stanisławowie przeznaczono dla gruźliczych osobne sale w szpitalu i odpowiednio je urządzono, a projektowane są leżalnie. Domów poprawy dla nieletnich przestępców do ostatnich czasów nie było, pomimo, że ustawa o nich obowiązuje od r. 1885. Wprawdzie w 10 lat potem Wydział krajowy rozpoczął traktować o kupno majątku Bylic w powiecie samborskim, wszelako teren odkazał się tam nieodpowiedni i dopiero w r. 1905 wznowiono sprawę, nabywając majątek Przedzielnicę w dobromilskiem na ten cel. Stała poprawa następuje w aresztach sądów powiatowych. W r. 1905 powstały nowe budynki na takie aresztа w 7 miastach, przygotowano budowę w 4, przerobiono w 2. W 5 miejscowościach są aresztа stale przepełnione, w 18 są zupełnie źle pomieszczone (np. w Liszkach w piwnicy). Zauważyć należy, że sprawozdanie za r. 1903 podawało, iż nowych budynków potrzeba w 14 sądach powiatowych. Po jednym przypadku duru plamistego pojawiło się w 4 aresztach, po jednym przypadku czerwonki w 2. Przypadki te nigdzie jednak nie były źródłem epidemii. Aresztа gminne są po największej części bardzo zaniedbane, nierzadko »nawet miasta o 20.000 ludności mają areszt gminny prawie niemożliwy, np. Bochnia i Stryj«. Ale przecież nawet we Lwowie aresztа miejskie w r. 1905 »nie odpowiadały nawet najskromniejszym wymogom zdrowotnym«; w tym roku opracowano tam co prawda plany nowego budynku.

9. Zwalczanie chorób zakaźnych.

W roku zeszłym podnosiliśmy brak w sprawozdaniu wiadomości, jak bywa wykonywane donoszenie o chorobach zakaźnych w obu miastach stołecznych. Z uznaniem podnieść należy, że w tym roku sprawozdanie podaje o tem wiadomości i to, dodajmy, pomyślne. Mianowicie lekarze lwowscy »spełniają obowiązek donoszenia z wielką dokładnością i często wbrew własnemu interesowi«, poczem fizykat wdraża odpowiednie dochodzenia i zarządzenia. Według sprawozdania tak przynajmniej było w r. 1905. Jak wiadomo, w r. 1908 nawiedziła Lwów groźna i długotrwała epidemia płonicy, a czy i w tym przypadku sprawa donoszenia od początku szła należycie, to dowiemy się dopiero z przyszłych sprawozdań Rady zdrowia. W Krakowie w r. 1905 »jeszcze nie donoszono o każdym przypadku chorób zakaźnych w należytym czasie«, wiadomo wszakże, że stosunki te w ostatnich latach zasadniczo zmieniły się na lepsze. Podobnie, jak w roku zeszłym, tak i w tym roku, podaje sprawozdanie pomyślne wiadomości o donoszeniu po wsiach; »wogóle już gminy wciągnęły się do regularnego i wczesnego donoszenia o chorobach zakaźnych, do wyjątków należy niedbalstwo naczelników gmin; najczęstszą przyczyną zaniedbania jest nieznajomość pisania i brak wiadomości o zachorowaniu«. »Jeżeli jednak gminy donoszą regularnie o stanie zdrowia ludności, a nawet o sporadycznych przypadkach zachorowania na chorobę zakaźną, to rychło osłabia się ich gorliwość, jeżeli przekonają się, że starostwo nie uwzględnia należycie ich doniesień. Jeżeli naczelnik gminy donosi o panującej błonicy w gminie, a lekarz nie wyjedzie ani razu, zmniejsza to winę naczelnika gminy, jeżeli potem zaniedbuje się w donoszeniu. Kto chce wymagać spełniania obowiązków od innych, powinien sam wypełniać swoje«. Surowe to słowa, ale bardzo słuszne.

Co do lokalów izolacyjnych gminnych, nie odnosi się ze sprawozdania wrażenia, żeby nastąpiła poprawa. Miasto Lwów posiada wprawdzie budynek izolacyjny, lecz są to tylko drewniane baraki na 120 osób, »nieco zaniedbane i wymagające restaurowania«. Kraków nietylko w r. 1905, ale i dziś jeszcze nie ma własnego domu izolacyjnego, ani obserwacyjnego, jednakże objęte są one planem inwestycyi miejskich. W razie potrzeby wynajmuje gmina starą część szpitala Bonifratrów, bardzo nieodpowiednią. Na prowincyi są domy izolacyjne tylko w miasteczkach i to nie we wszystkich; we wsiach są tylko upatrzone na ten cel domy, któreby w razie potrzeby można opróżnić i odpowiednio urządzić. Mimo panującej epidemii stoją jednak domy izolacyjne najczęściej pustką z powodu niechęci ludności. Ze zdrojowisk dobry dom izolacyjny ma Krynica. W Zakopanem chorych zakaźnych odosabnia się w szpitalu klimatycznym. O innych zdrojowiskach niema w sprawozdaniu pod tym względem wiadomości.

Już piąty rok udzielane bywają z funduszów dyspozycyjnych namiestnika zapomogi rządowe dla ubogich chorych i odosobnionych; za pieniądze te zakupuje się żywność dla odosobnionych, środki skrzepiające dla chorych na dur plamisty, wypłaca się odszkodowanie za przedmioty zniszczone przy odkażaniu itp. Należy mieć nadzieję, że to bardzo pożyteczne urządzenie będzie ustalone przez państwową ustawę o chorobach zakaźnych, wniesioną niedawno przez rząd do Izby Panów. W r. 1905 wydano na te zapomogi 12.221 kor. (w roku poprzednim 22.284). Bezpośrednia kontrola zwalczania chorób zakaźnych przez Namiestnictwo znowu się z wielkim pożytkiem dla sprawy wzmogła, gdyż liczba podróży, podjętych w tym celu przez inspektorów sanitarnych i krajowego referenta sanitarnego, doszła 18 (w roku poprzednim 14, w 1902 7).

Przyrządów odkażających parowych było w r. 1905 w całym kraju 247 (o 14 więcej, niż w roku poprzednim), formalinowych 207 (134 więcej). Jest rzeczą trochę dziwną, że na 35 szpitali publicznych jest tylko 21 przyrządów dezynfekcyjnych parowych, kilkanaście więc szpitali publicznych nie ma własnego przyrządu. Co do wykonywania dezynfekcyi, to sprawozdanie ostatnie lepiej się przedstawia od poprzedniego, w którem była wzmianka tylko o dezynfekcyi we Lwowie. Jednakże i w tym roku podaje sprawozdanie, że »co do wykonywania dezynfekcyi niewiele można zebrać dat ze sprawozdań lekarzy urzędowych«. We Lwowie w r. 1905 odkażano mieszkania 1168 razy, rzeczy zaś 514 razy; uderzającem jest, że po płonicy odkażano mieszkania 525 razy, rzeczy tylko 69 razy! W Krakowie wykonano 218 dezynfekcyi, lecz »nie wiadomo z jakiego powodu i jakim sposobem«. Dobry przykład dał powiat borszczowski, który podzielono na 15 okręgów, a w każdym okręgu wspólnym kosztem gmin sprawiono przyrząd formalinowy. Trochę szczegółów o częstości i sposobie odkażania znajdujemy w sprawozdaniu jeszcze z 12 powiatów. Należy mieć nadzieję, że lekarze powiatowi do przyszłych sprawozdań dostarczą obfitszych

danych. We Lwowie urządził fizykat trzeci z rzędu kurs dla dezynfektorów; uczestników było 70, w tem 18 wysłanych przez kółka rolnicze. Przy kursie posługiwano się środkami dydaktycznymi (tablicami, modelami), zakupionymi przez rządowy fundusz sanitarny, który może je pożyczyć także do innych wykładów popularnych. Wspominamy tu o tem, gdyż zdaje się mało kto z interesowanych wie, że z tych środków mógłby skorzystać.

W sprawie zwalczania gruźlicy »niestety mało jest do zanotowania!« Zawiązane w r. 1904 we Lwowie Towarzystwo przeciwgruźlicze w ciągu roku 1905 nie dało żadnego znaku życia (godzi się jednak wspomnieć, że w r. 1908 otwarło to Towarzystwo we Lwowie pierwsze dyspensatoryum, a obecnie rozszerzy swoją działalność na cały kraj). Towarzystwo higieniczne lwowskie urządziło szereg odczytów popularnych o gruźlicy W powiecie żywieckim za staraniem lekarza urzędowego, Dra Bąkowskiego, w każdym niemal budynku publicznym umieszczono odpowiednie spluwaczki

Zwalczanie kiły w Huculszczyźnie prowadzone było w r. 1905 równie energicznie, jak w latach poprzednich. W roku tym rozpoczęto budowę szpitala w Kossowie; natomiast nie mogła być jeszcze rozpoczęta budowa szpitala w Nadwórnej. W Stryju uchwalił Sejm zbudować osobny pawilon dla chorych kiłowych. Leczenie chorych w powiatach kossowskim i nadwórniańskim prowadziło 9 osobnych lekarzy. Z podanej w sprawozdaniu szczegółowej tabeli ruchu chorych wynika, że w obu tych powiatach od rozpoczęcia tej akcyi do końca r. 1905, t. j. przez półczwarta roku, leczono 4832 osoby. Z tego przypada na rok 1905 w powiecie kossowskim 907, t. j. 1,41% ludności, a w nadwórniańskim 863, t. j. 1,56% ludności. Z leczonych w r. 1905 wyzdrowiało w kossowskiem 79,2%, w nadwórniańskiem 55,1%. Oprócz tego podaje sprawozdanie, jak zwykle, tabelkę, obejmującą chorych, leczonych w szpitalach powszechnych, według miejsca zamieszkania. Wynikałoby z niej, że po miastach Lwowie i Krakowie najwięcej byłby kiłą dotknięty powiat peczeniżyński (2,34‰ ludności), w którym też od grudnia 1905 ustanowił rząd osobnych lekarzy, systematycznie leczących chorych na kiłę.

Szczepienie ochronne od ospy wykonano w roku 1905 u 274.120 dzieci, czyli 91,19% zdatnych do szczepienia. Liczba nieszczepionych znowu się zmniejszyła, zmniejszyła się także liczba tych przypadków, gdzie przyczyną nieszczepienia był opór matek. Gdy jednak w całym kraju w sprawie szczepienia stwierdza się z uczuciem szczerego zadowolenia bardzo widoczną i ciągle postępującą poprawę, to z tem przykrzejszem uczuciem dowiadujemy się, że już od szeregu lat, jak podnosiliśmy w roku zeszłym, najwięcej dzieci uchyla się od szczepienia w stolicy kraju, we Lwowie! Co gorsza, gdy w r. 1904 pozostało we Lwowie nieszczepionych 38,8%, to w r. 1905 pozostało nieszczepionych przeszło połowa, mianowicie 51,7%!! Najgorszy po Lwowie powiat nowosądecki miał nieszczepionych 13,5%... Wynik dodatni szczepienia stwierdzono w 91,3%. Rewakcynowano 174.133 dzieci 10-letnich (83,1% wyników dodatnich), 8669 dzieci szkolnych, nie mających wyraźnych blizn szczepiennych, w końcu szczepiono z konieczności 447 dzieci, a rewakcynowano 6.734. Ogółem zaszczepiono i rewakcynowano 464.106,a wydano na szczepienie z funduszu krajowego 129.019 kor. (średnio za jedno szczepienie z rewizyą 28 hal.). Oba krajowe zakłady krowiankowe dostarczyły 463.720 porcyi krowianki.

Stosownie do zapowiedzi zeszłorocznej podaje sprawozdanie szczegółowszą wiadomość o pracach »Komisyi w celu przedstawienia wniosków ku zwalczaniu chorób zakaźnych, w szczególności duru plamistego«. Komisya ta (której składu sprawozdanie imiennie nie podaje) odbyła pod przewodnictwem prof. Dra A. Gluzińskiego w r. 1904 i 1905 12 posiedzeń, na których uchwaliła oprócz ogólnych zasad przyszłej ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, wnioski tymczasowe, przedstawione potem przez osobną deputacyę namiestnikowi. Wnioski te zmierzają do tego, aby w Galicyi utworzyć osobny zakład badania chorób zakaźnych, aby utworzyć osobną ekspedycyę naukową w celu zbadania zarazka duru plamistego, aby pomnożyć liczbę lekarzy rządowych przynajmniej o 5, aby utworzyć przynajmniej 2 ruchome kolumny sanitarne, wysyłane kolejno z odpowiednim szpitalem barakowym do gmin najbardziej nawiedzonych przez dur plamisty, wreszcie, aby lekarzom rządowym przynajmniej w sprawie zwalczania chorób zakaźnych nadać zupełną samodzielność.

W tym ustępie podano jeszcze wiadomość o wykonanych z polecenia Namiestnictwa przez Dra Gąsiorowskiego badaniach nad działaniem formaldehydu w wyższej ciepłocie i o skonstruowanym przez niego bardzo dobrym przyrządzie, na tej zasadzie opartym.

Ofiarą przy zwalczaniu duru plamistego padło w r. 1905 znowu trzech lekarzy: dwóch okręgowych, a jeden delegowany przez rząd do zwalczania epidemii, mianowicie Dr Mizes, Galant i Długosz. Pierwszy z nich zmarł w Jaryczowie nowym, gdzie już kilku lekarzy ginie kolejno na dur plamisty. W pięcioleciu 1901—1905 szesnastu lekarzy naszych przypłaciło życiem tę okoliczność, że dla Austryi jest Galicya przed zarazami wałem ochronnym.

Koszta zwalczania chorób zakaźnych, poniesione przez skarb państwa, doszły w r. 1905 do kwoty 410.170 kor., wzrastając od r. 1900 przeszło w dwójnasób i stanowiąc lwią część wydatków państwa na ten cel, preliminowanych na całą Austryę w kwocie 1.000.000 kor.

Korzystną zmianą w ostatniem sprawozdaniu jest opuszczenie w tym dziale wiadomości o leczeniu surowicami, które dawniej powtarzały się tutaj i w dziale C. Skupienie ich w jednym tylko rozdziale daje niewątpliwie przejrzystszy obraz sprawy.

10. Opieka nad ułomnymi.

Obłąkanych, nieumieszczonych w żadnym zakładzie było w r. 1905 w całym kraju 2780, a na 100.000 ludności wypadało 38 (w całej Austryi średnio 36). Zaledwo ¼ obłąkanych była umieszczona w zakładach, co jednak, jak wiadomo, przez rozszerzenie zakładu w Kulparkowie zmieniło się w ostatnich latach na lepsze. Z 4346 matołków tylko jeden był pomieszczony w zakładzie zaopatrzenia. Na 100.000 ludności wypada w Galicyi 57 matołków, w całej Austryi średnio 64. Głuchoniemych było 11.192, prawie tyle, co w roku poprzednim. Na 100.000 ludności przypada u nas głuchoniemych 150, w Austryi średnio 109. Ciemnych było 4443, o 89 mniej, niż w roku poprzednim, a 61 na 100.000 ludności w kraju (w całej Austryi 53). Tylko 49, t. j. 1,10% tych ciemnych było umieszczonych w zakładach. W zakresie opieki nad ułomnymi nie nastąpiła przeto w kraju niestety żadna poprawa.

11. Oględziny zwłok. Cmentarze. Trupiarnie. Obdukcye. Przewóz zwłok.

Jak corocznie, tak i w r. 1905 zaledwo ¹/₇ zwłok oglądali lekarze, zresztą zaś niewykształceni oglądacze. Tym razem dowiadujemy się ze sprawozdania, że niektórzy lekarze powiatowi starają się przynajmniej wyrobić lepszych oglądaczy, odbywając z nimi peryodyczne kursa. Z drugiej jednak strony dowiadujemy się ze sprawozdania, że oglądacze nieraz wykonują obowiązki niedbale, pobierają nieprawidłowo bezpośrednio taksy za oglądanie i t. p. Co do cmentarzy, zawiera sprawozdanie i tym razem utyskiwanie na ich przepełnienie i trudność rozszerzania lub urządzenia nowych cmentarzy. Np. w Rzeszowie urządzenie nowego cmentarza natrafiało na przeszkody przez 10 lat i dopiero w r. 1905 zdołano zakupić 9 morgów gruntu na ten cel, ale o pół mili od miasta i za ogromną stosunkowo cenę 25.000 kor. Szczególnie mało cmentarzy jest w zachodniej części kraju: w tarnobrzeskiem są wsie, oddalone od cmentarza parafialnego o 2 mile. Mnożeniu cmentarzy sprzeciwia się duchowieństwo. Jeszcze gorsze są stosunki co do cmentarzy żydowskich, do których zwożą zwłoki niekiedy z odległości 6 mil (40 klm.), np. w powiecie turczańskim, gdzie jest tylko jeden cmentarz na cały powiat. W r. 1905 urządzono w całym kraju nowych cmentarzy 22, rozszerzono 45. Jeszcze gorsze są stosunki co do trupiarni, których zbudowanie i urządzenie trzeba na gminach wywalczać. Nawet Lwów nie ma gminnego domu przedpogrzebowego. Nowych trupiarni zbudowano w r. 1905 46.

12. Służba zdrowia.

Po krótkim okresie spadku liczby lekarzy w kraju rozpoczyna się od r. 1905 wprawdzie powolny, ale stopniowy przyrost. W roku tym było ogółem lekarzy 1437, z nich we Lwowie 344, w Krakowie 241, razem 39,6% wszystkich lekarzy w kraju. Przepełnienie obu miast głównych przy niedostatku lekarzy na prowincyi znowu przeto wzrosło, gdyż w r. 1904 było w obu miastach tylko 37,2%. W porównaniu z r. 1904 przybyło 27 lekarzy. Utrzymywało się wyłącznie z praktyki prywatnej 39,1% (w roku poprzednim 39,4%), reszta miała rozmaite posady. Patronów chirurgii było 91 — o 4 mniej, niż w roku poprzednim. Podane w sprawozdaniu wiadomości o Izbach lekarskich, jako znane skądinąd, pomijam, jak również wiadomości o towarzystwach lekarskich; podnieść tylko należy, że tym razem sprawozdanie zawiera wiadomości nietylko o Towarzystwie lek. galicyjskich, ale i o innych towarzystwach lekarskich; o krakowskiem coprawda tylko tyle, że wykończyło budowę wła-

snego domu. Niema jednak jeszcze wiadomości o drobniejszych towarzystwach (ginekologiczne lwowskie, lek. kolejowych i t. d.).

Liczba aptek wzrosła o 3 i doszła do 293. Oprócz tego było domowych aptek 63; przy dorocznej rewizyi aptek stwierdzono w 7 usterki, za które w 2 przypadkach ukarano.

Położnych przybyło 80, a liczba ich doszła do 2388. Z nich żadnej posady nie miało 66%, a pod tym względem stosunki znacznie się pogorszyły, gdyż w roku poprzednim było bez posad 62,7%. Sprawozdanie podaje zajmującą tabelę rozsiedlenia położnych w poszczególnych powiatach, z której wynika, że w 35 powiatach liczba położnych wzrosła, w 16 nie zmieniła się, a w 28 nawet zmniejszyła się. Kontrola nad położnemi jest coraz lepsza; zgromadzeń kontrolnych odbyło się 404, o 101 więcej, niż w roku poprzednim. Wynik kontroli był również lepszy, niż w poprzednim roku.

Rozdział ten kończy się wiadomościami o zwalczaniu partactwa położniczego i lekarskiego; ze sprawozdania zdaje się wynikać, że w obu tych kierunkach rozwinięto w r. 1905 więcej energii, niż w latach poprzednich.

13. Gminna służba zdrowia.

Postępy w tym zakresie i w r. 1905 były zbyt powolne. Jedynie tylko we Lwowie nastąpiła stanowcza poprawa, ponieważ i liczba lekarzy gminnych (11) odpowiadała wymaganiom ustawowym, i miejska komisya zdrowotna pracowała energiczniej (odbyła 8 posiedzeń) i pożytecznie. Natomiast w Krakowie rok 1905 należał jeszcze do tego smutnego okresu, który stał się wreszcie niepowrotną przeszłością. Kraków miał bowiem w r. 1905 tylko 4, zamiast 7 lekarzy gminnych, a miejska komisya zdrowotna, która w 3 poprzednich latach nie odbyła żadnego posiedzenia, dopiero na żądanie Namiestnictwa zebrała się w r. 1905 dwukrotnie. Obecnie oczekiwać należy poprawy tych stosunków; wszelako konieczna reforma służby sanitarnej miejskiej i pomnożenie liczby lekarzy przewleka się do tej chwili, a komisya sanitarna i teraz jeszcze nie zbiera się tak często, jakby należało.

W 67 samoistnych gminach sanitarnych (przybyło 2) było 80 lekarzy gminnych. Okręgów sanitarnych czynnych było 128, utworzonych lecz nieczynnych 23, razem przeto 151, w porównaniu z rokiem poprzednim przybyło zatem zaledwo 9. W 8 powiatach w r. 1905 nie było jeszcze ani jednego okręgu sanitarnego. Sprawozdanie podnosi, że poprawa stosunków sanitarnych w kraju jest w znacznej części także zasługą lekarzy okręgowych; niestety nie mają oni żadnej egzekutywy, działalność ich bardzo utrudnia brak zorganizowanej opieki nad ubogimi, a sprawozdania ich są tak nierównomiernie opracowane, że nie można z nich odtworzyć obrazu ich działalności. Nie ulega wątpliwości, że stosunki te mogą się znacznie polepszyć, skoro w Wydziale krajowym utworzona zostanie dla okręgów sanitarnych lekarska władza nadzorcza i kierownicza; tylko na utworzenie jej zbyt długo już czekamy. Sprawozdanie podaje po raz pierwszy szczegółową tablicę okręgów sanitarnych z nazwiskami, rokiem mianowania i poborami lekarzy, oraz obszarem i ludnością okręgów. Z tablicy tej dowiadujemy się, że zaledwo w jednym okręgu (Bohorodczany) wynosiła płaca lekarza 1600 kor. zaledwo w kilku 1400, w kilkunastu 1200, bardzo znaczna zawiększość lekarzy okręgowych pobierała zaledwo po 1000 kor. rocznie i to nawet w takich okręgach, gdzie lekarz pracuje przeszło lat 12. Czegóż można przy takiej płacy od lekarza żądać, zwłaszcza jeśli się zważy, że za tę płacę ma lekarz nieraz opiekować się trzydziestu kilku gminami i dwudziestu kilku tysiącami ludności? Biorąc pierwszy przykład z brzegu, okręg w Obertynie z płacą 1200 kor. obejmuje 28.000 mieszkańców i 301 km. kwadrat. obszaru. Równie niewystarczające są ryczałty na objazdy, które nigdzie nie przekraczają 800 kor. rocznie, nawet w powiatach górskich (Dolina) przy obszarze 935 km. kw.! Wogóle z tablicy tej uderza bardzo przykro jedna okoliczność, tj. widocznie najzupełniej szablonowe traktowanie okręgów co do płac i ryczałtów na objazdy, wskutek czego zdarza się niezmiernie często, że taką samą płacę i ryczałt pobiera lekarz, który ma okręg z jakimi 6000 ludności i 140 km. obszaru, jak lekarz, który ma okręg z 26.000 ludności i 783 km. obszaru. To jedno tylko jako polepszenie stosunków, i to dopiero w roku 1908 zapisać można, że Sejm uchwalił wreszcie ustawę emerytalną, aczkolwiek pod wielu względami niezbyt dla lekarzy świetną.

Krajowa Rada zdrowia

odbyła w r. 1905 13 posiedzeń, więcej, niż w którymkolwiek z lat poprzednich, i załatwiła 74 spraw. Już w roku zeszłym podnosiliśmy, że byłoby bardzo pożyteczne i poprzające ogłaszanie orzeczeń Rady zdrowia w sprawach zasadniczego znaczenia; dotychczas zdarzyło się to tylko w jednym przypadku, aczkolwiek spraw takich co roku nasuwa się kilka; i tak, w roku 1905 wśród przedmiotów obrad Rady zdrowia znajdujemy sprawę utworzenia państwowego zakładu badania środków spożywczych, sprawę tłumienia chorób zakaźnych, zmian ustawy budowniczej dla uzdrowisk, lekarzy szkolnych i t. d. Nie tracimy nadziei, że pożądane to z wielu względów ogłaszanie ważniejszych elaboratów Rady zdrowia wejdzie zwolna w życie.

Wnioski Krajowej Rady zdrowia.

Jak w roku poprzednim, ograniczymy się i tym razem do dosłownego przytoczenia tylko tych wniosków, które pojawiają się po raz pierwszy w sprawozdaniach, lub które uległy ważniejszym zmianom. Inne zaś tylko krótko przypomnimy (por. Przegląd lek. 1907, Nr 31).

Nowe są tylko następujące wnioski, podane przez komisyę, zwołaną w sprawie zwalczania chorób zakaźnych:

»(29). W celu poznania zarazka tyfusu plamistego potrzeba utworzyć osobną ekspedycyę naukową, której zadaniem będzie tam, gdzie ten tyfus jest endemicznym, dokonać szczegółowych badań co do istoty tego zarazka, jego morfologii, aby uzyskać racyonalne podstawy do zapobiegania tej chorobie i do jej zwalczania«.

»(30). Dla skuteczniejszego zwalczania chorób zakaźnych, a zwłaszcza tyfusu plamistego, potrzeba pomnożyć w kraju ilość rządowych sił lekarskich«.

»(31). Na wzór niemieckich ruchomych kolumn do zwalczania tyfusu brzusznego w Westfalii trzeba utworzyć przynajmniej dwie ruchome kolumny, opatrzone w odpowiedni personal (lekarz, służący i 2 Siostry Służebniczki) i wszelkie urządzenia, potrzebne do leczenia szpitalnego (barak przenośny z urządzeniem, środki przewozowe, aparat dezynfekcyjny i środki do dezynfekcyi) i kosztem skarbu państwa wysyłać te kolumny kolejno do najbardziej przez tyfus plamisty nawiedzonej gminy lub kompleksu gmin«.

Wszystkie inne wnioski pozostały w temsamem brzmieniu, jak w poprzedniem sprawozdaniu. Wśród nich jest cały szereg takich, które, od lat już powtarzane, nieprędko jeszcze ze sprawozdań Rady zdrowia znikną, jako to: o osuszanie bagnisk i regulacyę rzek, o ściślejsze przestrzeganie ustawy budowniczej, o budowę mieszkań dla urzędników, o zmuszenie miasteczek zapomocą ustawy do budowy wychodków, o uregulowanie sprawy usuwania nieczystości z miast, o ustanowienie lekarzy szkolnych, o szybsze budowanie dobrych szkół ludowych, o boiska szkolne, o większą pieczę nad wychowaniem fizycznem i zdrowiem młodzieży, o nowe szpitale, o przytuliska dla kalek i nieuleczalnych, o zaopatrzenie wszystkich szpitali publicznych w oddziały zakaźne, przyrządy dezynfekcyjne i oddziały obserwacyjne dla obłąkanych, o zakłady dla głuchoniemych i ciemnych, o nowe budynki dla więzień, o budowę łaźni ludowych przez gminy.

Liczba wniosków, które wkrótce zapewne będą spełnione, nieco się zwiększyła, gdyż można oczekiwać w latach najbliższych utworzenia w kraju drugiego zakładu badania środków spożywczych, wejścia w życie państwowej ustawy epidemicznej, uchwalonej już przez Izbę Panów, reformy w zakresie służby szpitalnej, po części już rozpoczętej, a po części zapowiedzianej przez Wydział krajowy. Znikną też zapewne już w najbliższem sprawozdaniu wnioski o budowę drugiego krajowego zakładu dla obłąkanych, która już jest w toku i o ustawę emerytalną dla lekarzy okręgowych, która uchwalona przez Sejm, uzyskała już sankcyę cesarską.

Niezrozumiałą jest rzeczą, dlaczego niektóre wnioski Rady zdrowia szeregami lat nie są spełniane, chociaż spełnienie ich jest rzeczą niesłychanie łatwą. Do takich np. należy powołanie do Rady szkolnej członka z grona Rady zdrowia, wydanie rozporządzeń, zwalczających partactwo położnicze, założenie szkół dla służby szpitalnej w większych szpitalach. Inne znów wnioski swojem nieustannem pojawianiem się sprawiają tem przykrzejsze wrażenie, że nie słychać nic nawet o krokach przygotowawczych do ich wypełnienia, chociaż wykonanie tych wniosków, może nie tak łatwe, w każdym jednak razie nie pociągnęłoby za sobą ani wielkich kosztów, ani zbyt wielkiego nakładu pracy. Do takich wniosków należą: wniosek o zbadanie i ulepszenie normalnych planów na szkoły ludowe, wniosek o to, aby przy koncesyach na szkoły prywatne zasięgano zawsze zdania znawcy sanitarnego, o zmianę ustaw budowniczych, zastosowaną do obecnego postępu higieny, o ustawę o opiece nad ubogimi.

Nie słychać też dotąd o żadnych szerszych przygotowaniach do tego, aby szkoły średnie dostały odpowiednie gmachy, aby lekarzom urzędowym przyznano mniej zależne stanowisko i dodano do pomocy nadzorców sanitarnych, o których nawet w nowym rządowym projekcie ustawy epidemicznej wzmianki nie ma. Sprawa tak pilna, jak utworzenie samoistnego zakładu badania chorób zakaźnych w Galicyi, jak się zdaje, niewiele postąpiła; sprawa budowy domu porodowego w Krakowie, poruszona ponownie z końcem r. 1908, znowu ugrzęzła.

Z wniosków, podanych przez Radę zdrowia w r. 1904 i 1905 jeden tylko właściwie został rzeczywiście w ostatnich latach spełniony, a mianowicie rozszerzenie czynności krajowego biura melioracyjnego na sprawy asanacyjne.

Że niektóre wnioski Rady zdrowia muszą się corocznie powtarzać, nic dziwnego, o ile chodzi o prace, na których stopniowe dokonanie potrzeba lat dziesiątków. Trzeba się także i z tem pogodzić, że nierychło mogą być załatwione te wnioski, których spełnienie mogłoby nastąpić odrazu, ale związane jest z większymi wydatkami z funduszów publicznych. Niemniej jednak pozostaje jeszcze szereg wniosków, których niespełnianie tak wygląda, jakby one wcale nie dochodziły do wiadomości odpowiednich czynników, albo jakby, jeżeli dochodzą, nie wywierały należytego wrażenia. Wobec tego należałoby uważać za rzecz niezmiernie pożądaną, ażeby wnioski Krajowej Rady zdrowia jak najrychlej po ich uchwaleniu, zanim jeszcze będą wydrukowane w sprawozdaniu Rady, były ogłaszane np. w dziennikach politycznych. To bowiem może pobudzić wreszcie szersze koła do zajęcia się najżywotniejszemi sprawami sanitarnemi kraju, a opinia publiczna może nieraz wywrzeć należyty i skuteczny nacisk na tych, od których wykonanie wniosków Rady zdrowia zależy.

W roku bieżącym trafiają wnioski Krajowej Rady zdrowia na lepszą glebę, niż dotychczas. Da się to powiedzieć przynajmniej o Sejmie, który się sprawami sanitarnemi znacznie żywiej, niż dotąd zajął. Dowodzi tego niebywale ożywiona i długa dyskusya sanitarna w ostatniej sesyi sejmowej. Z tego raz obudzonego ruchu należy korzystać i starać się przełamać obojętność i ospałość społeczeństwa na sprawy zdrowotne. A do tego niepomiernie może się przyczynić nadanie wnioskom Rady zdrowia szerszego rozgłosu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Cavete! Państwowy Związek organizacyi lek. austr. przypomina, że 1) bojkotem objęte są posady gminne w Piotrowicach (Śląsk), Köstendorf (Salzburg), Gratkorn, Trautmannsdorf, Spital (Styrya), Nassreith (Tyrol), Valaluca (Dalmacya), Flicz (Pobrzeże) i posada w kasie chorych fabr. Schichta w Aussig (Czechy); 2) ostrzega zaś przed posadami w Grazu, Windischgraz, Weinburg, Biedermannsdorf, St. Veit, Prein, Heidenreichenstein, Schruns, Lustenau, Rehberg, Kirchschlag, Hals, Meinetschlag, Gattenhof, Engelsberg, Altkarlstal, Breitenau, Hermannstadt.

Ustawa o chorobach zakaźnych uchwalona została przez austr. Izbę Panów z niewielkiemi tylko zmianami w porównaniu do projektu, wniesionego przez rząd; wszelkim poważniejszym poprawkom opierało się ministerstwo skarbu. Uzyskano tylko tyle, że lekarze epidemiczni w razie zarażenia się i wynikłej stąd niezdolności do pracy mają prawo do emerytury i zaopatrzenia według VIII klasy rangi (rząd proponował IX) i że za doniesienia o chorobach zakaźnych mają być lekarze, nie pozostający w służbie publicznej, wynagradzani. *R.*

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich powstał »wydział należytości« dla ściągania zaległych honoraryów lekarskich (na wzór takiegoż wydziału Kraj. Związku lekarzy Galicyi). Przewodniczącym Wydziału został wybrany Dr Chełchowski, sekretarzem Dr Łazarowicz. — Do założonej przy Stowarzyszeniu lekarskiej kasy chorych wpisało się dotychczas 60 członków; kasa ma zacząć swe czynności, gdy liczba członków dojdzie 200. *R.*

W sprawie położnych na Zjeździe »Towarzystwa podniesienia i ulepszenia stanu położnych« w Strassburgu (1. maja b. r.) uchwalono następujące rezolucye: 1) Starsze położne należy co pewien czas na koszt gmin posyłać do miast uniwersyteckich lub tam, gdzie jest szkoła położnych, celem odświeżenia wiadomości. 2) Należy dbać o lepszy dobór uczennic, a zachętą do tego będzie ustanowienie emerytury dla położnych, które przekroczyły 65. rok życia (proponowano dla położnych wiejskich 300—450 marek rocznie, dla miejskich 450—600). 3) Położne powinny o ile możności działać tylko przy porodzie, a wstrzymywać się od opieki nad położnicami. 4) Należy ustalić taksy dla położnych po miastach i po wsiach. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca maja 1909 . .	469,112	265,494
W czerwcu 1909	3,635	15,000
Razem .	472,747	280,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. VI. do 3. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych — † —), płonicy 22 † 5 (1 † —), odry 13 (1), duru brzusznego 4 (2), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. VI. do 3. VII. 1909 zgłoszono przypadków: krztuśca 3, płonicy 14 † 1 (w tem obcych 2 † —), odry 5 (1), duru brzusznego 2, gorączki połogowej 2 (2), tężca 1 (1). *Dr Janiszewski.*

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19—21 lipca 1909).

W dalszym ciągu ogłoszono następujące odczyty:

V. Serya:

51. Dr F. Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch (Kraków): »O próbie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem«.

52. Dr J. Brudziński (Łódź): O nowych objawach (odruch drugostronny i objaw karkowy) w zapaleniu opon mózgowych u dzieci.

53. Dr Gantkowski (Poznań): Krótki pogląd na działalność poznańskich miejskich stacyi opiekuńczych dla gruźliczych i alkoholików.

Przy zgłaszaniu się do biura Zjazdu (Kopernika 15) po karty uczestnictwa zechcą uczestnicy Zjazdu złożyć swe karty wizytowe z oznaczeniem mieszkania w Krakowie (dla wydrukowania w dzienniku Zjazdu), następnie złożyć deklaracyę, czy chcą być członkami stałymi Zjazdu (karta żółta), czy tylko uczestnikami (karta czerwona), i czy chcą wziąć udział w obiedzie wspólnym i w wycieczce do Zakopanego.

Kol. prelegenci zechcą złożyć przy zgłoszeniu się w biurze krótkie streszczenie odczytu dla umieszczenia w dzienniku Zjazdu.

Chorzy, mający służyć do demonstracyi, będą umieszczeni w klinice medycznej na czas Zjazdu.

Wycieczka wspólna do Zakopanego przyjdzie do skutku, jeżeli zgłosi się dostateczna ilość uczestników: Wyjazd do Zakopanego we środę, t. j. 21. VII. w nocy. Przyjęciem w Zakopanem zajmie się komitet miejscowy, zorganizowany przez Dra Zychonia.

Mieszkania zamawiać można do 10. lipca, przesyłając zadatek 10 koron do biura Zjazdu (Kopernika 15) wraz z żądaniami co do jakości mieszkania.

Biuro Zjazdu (Kopernika 15) otwarte w niedzielę od godz. 10—12 przedp. i od 3—6 popoł., jakoteż w nocy z niedzieli na poniedziałek; w następne dni podczas trwania posiedzeń. Członkowie biura Zjazdu oznaczeni kokardkami na piersiach, a służba biura opaskami na ramieniu.

Ogólny program Zjazdu

jest następujący:

18. VII. (Niedziela) o godz. 7 wieczór zebranie uczestników Zjazdu w salach Starego Teatru (plac Szczepański).

19. VII. (Poniedziałek). Od $7^1/_2$—9 rano zwiedzanie kliniki lekarskiej. O 9. otwarcie Zjazdu w klinice lekarskiej. Po zagajeniu przez Prof. Jaworskiego, przemowach powitalnych, wyborze prezesa Zjazdu, prezesów honorowych i sekretarzy posiedzeń, nastąpi I. referat główny: »Zapobieganie i leczenie gruźlicy płuc« (referenci: Dr Rzętkowski z Warszawy i Brudziński z Łodzi). Cały pierwszy dzień Zjazdu przeznaczono na wykłady o gruźlicy. Wieczorem wspólny obiad w Domu lekarskim.

20. VII. (Wtorek). Od $7^{1}/_{2}$—$8^{1}/_{2}$ rano zwiedzanie oddziałów chorób wewn. w szpitalu św. Łazarza. O $8^{1}/_{2}$ posiedzenie rozpocznie się wykładem prof. Brunera »O fizycznych i chemicznych własnościach radu« i II referatem głównym: »O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu« (referent Prof. Klecki). Wieczorem posiedzenie administracyjne członków stałych Zjazdu.

21. VII. (Środa) $7^{1}/_{2}$—8 rano zwiedzanie muzeum historyczno-lekarskiego. O 8 rano rozpocznie się posiedzenie ogłoszeniem uchwał komitetu i zgromadzenia administracyjnego, poczem nastąpi III. referat główny: »O zaradzeniu deprawacyi medycyny wykonawczej przez nowoczesne prądy w fabrykach chemicznych i aptekach« (referenci Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz).

Szczegółowy program z porządkiem dziennym posiedzeń i t. p. rozsyła na żądanie biuro Zjazdu (Kraków, Kopernika 15).

Sekretarze komitetu: *Dr B. Korolewicz, Dr St. Łapiński.*
Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*

Wiadomości bieżące.

Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich w d. 4. b. m. dokonało ważnego kroku. Uchwalenie nowej ustawy Towarzystwa łączy Towarzystwo lekarzy galicyjskich z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem w jedno grono, nadaje Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu konieczną dla dalszego rozwoju autonomię, zachowując Towarzystwu krakowskiemu równe prawa, rozszerza prawa innych oddziałów Towarzystwa lekarskiego gal., wreszcie stwarza ścisły związek między obu pismami lekarskiemi, »Przeglądem« i »Tygodnikiem«; każdy członek połączonych Towarzystw będzie w przyszłości otrzymywać oba pisma, między któremi nastąpi podział pracy. W ten sposób spełnia się w znacznej części dążenie do złączenia wszystkich lekarzy naszych w jeden zastęp, do zestrzelenia sił i podniesienia poziomu naszego czasopiśmiennictwa. Nie stało się to bez trudu i bez pewnych ofiar; ale w nich właśnie widząc dowód, że ogół nasz lekarski coraz lepiej rozumie konieczność wzajemnych ustępstw dla wspólnego dobra, witamy dokonaną unię z radością i otuchą, że utoruje ona w najbliższej przyszłości drogę do zespolenia wszystkich Towarzystw lekarskich w Galicyi w wielki bratni związek, jednym ożywiony duchem i zgodnie kroczący do wspólnych celów.

Kraków. Szczegółowy program I Zjazdu internistów polskich wysyła na żądanie Biuro Zjazdu (Kraków, Kopernika 15).

— W czasie I Zjazdu internistów polskich odbędzie się posiedzenie polskiego komitetu dla międzynarodowego Zjazdu w Peszcie we wtorek 20. VII. o 5 pop. (Zgoda 1), a zebranie organizacyjne Związku prasy lekarskiej polskiej 19. VII. o 7 w. (w Towarzystwie lekarskiem, Radziwiłłowska 4, na dole).

— Prof. Dr Kazimierz Kostanecki mianowany został honorowym doktorem uniwersytetu w Genewie, który obchodził właśnie 350-tą rocznicę założenia.

— Wydział lekarski Uniw. Jagiell. uchwalił przedstawić Doc. Dra Nowotnego do tytułu profesora nadzwyczajnego.

— Dziekanat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze anatomii patologicznej. Podania wnosić należy do Dziekanatu. Termin konkursu 31 lipca b. r.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego« przeznacza zaległe jeszcze należytości za »Kalendarz« na rzecz funduszu wdów i sierot po lekarzach Związku lekarskiego i uprasza tych Kolegów, którzy jeszcze za Kalendarz nie zapłacili, o przesyłanie należności wprost pod adresem: »Krajowy Związek lekarzy«, Kraków, Radziwiłłowska 4.

Lwów. W d. 23. VI. odbyła się ankieta farmaceutyczna z udziałem przedstawicieli Gremiów aptekarskich, Wydziałów kondycyonujących farmaceutów i Towarzystw zawodowych. Ankieta rozpatrywała przyspieszenie utworzenia Izb aptekarskich, uzupełnienie nowej ustawy aptekarskiej, reformę studyów, sprawę kształcenia praktykantów, ubezpieczenia na starość i t. d.

— »Koło medyków« wszechnicy lwowskiej wręczyło przez delegacyę, wysłaną do Wiednia, ministrom i Kołu polskiemu memoryał w sprawie potrzeb Wydziału lekarskiego, którego frekwencya od r. 1895/6 wzrosła z 165 słuchaczy na 567 w roku 1908/9, a któremu brak dotąd gmachów dla kliniki neurologiczno-psychiatrycznej, okulistycznej i dermatologicznej, a klinika chirurgiczna i zakłady chemii lekarskiej i histologii są za szczupłe. (Tyg. lek. 26).

Warszawa. Stowarzyszenie lekarzy polskich wybrało członkami honorowymi: Prof. Baranowskiego i Drów H. Dobrzyckiego, Lasockiego, Majkowskiego i St. Markiewicza.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę im. Chałubińskiego Drowi Stanisławowi Orłowskiemu za dzieło p. t.: »Choroby rdzenia i nerwów obwodowych«.

Mianowani: Prof. Maixner, dyrektor czeskiej kliniki lekarskiej w Pradze, radcą dworu,

Dr Piotr Pręgowski ordynatorem szpitala św. Ducha w Warszawie.

Powołani: Pedyatra Prof. Czerny z Wrocławia do Strassburga.

Zmarli: Dr N. Rubinstein, lekarz okręgowy w Medenicach w Galicyi, padł ofiarą zawodu przy tłumieniu epidemii duru plamistego;

ginekolog Prof. Pfannenstiel w Kiel w 48 r. ż. (zakaziwszy się przy operacyi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.